UNIVERSITÉ DE PARIS V
FACULTÉ DE MÉDECINE NECKER-ENFANTS-MALADES

Année 1973 Nº 28

THESE

Pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplome d'État)

par

Odile BUSNEL, née CANY
Ancienne externe des Hopitaux de Paris
Née le 21 décembre 1946 a VATAN (36).

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

Prématurité à répétition

Etude des causes

Essai de prévention.

Président : Monsieur P. ROYER, Professeur.

UNIVERSITÉ DE PARIS V
FACULTÉ DE MÉDECINE NECKER-ENFANTS-MALADES

Année 1973 N°

THESE

Pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplome d'État)

par

Odile BUSNEL, née CANY
Ancienne externe des Hopitaux de Paris
Née le 21 décembre 1946 a VATAN (36).

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

Prématurité à répétition

Etude des causes

Essai de prévention.

Président : Monsieur P. ROYER, Professeur.

UNIV.
LEIDEN
DEL.

A Monsieur le Professeur Pierre ROYER

Professeur Agrégé à la Faculté
NECKER ENFANTS MALADES

Chef du Service de Génétique Médicale
des Enfants Malades (PARIS)

qui nous a fait l'honneur
d'accepter la présidence
de cette thèse

qu'il veuille bien trouver ici,
l'expression de notre respectueuse
gratitude et le témoignage de
notre profond respect.

A Monsieur le Professeur Emile PAPIERNIK-BERKHAUER

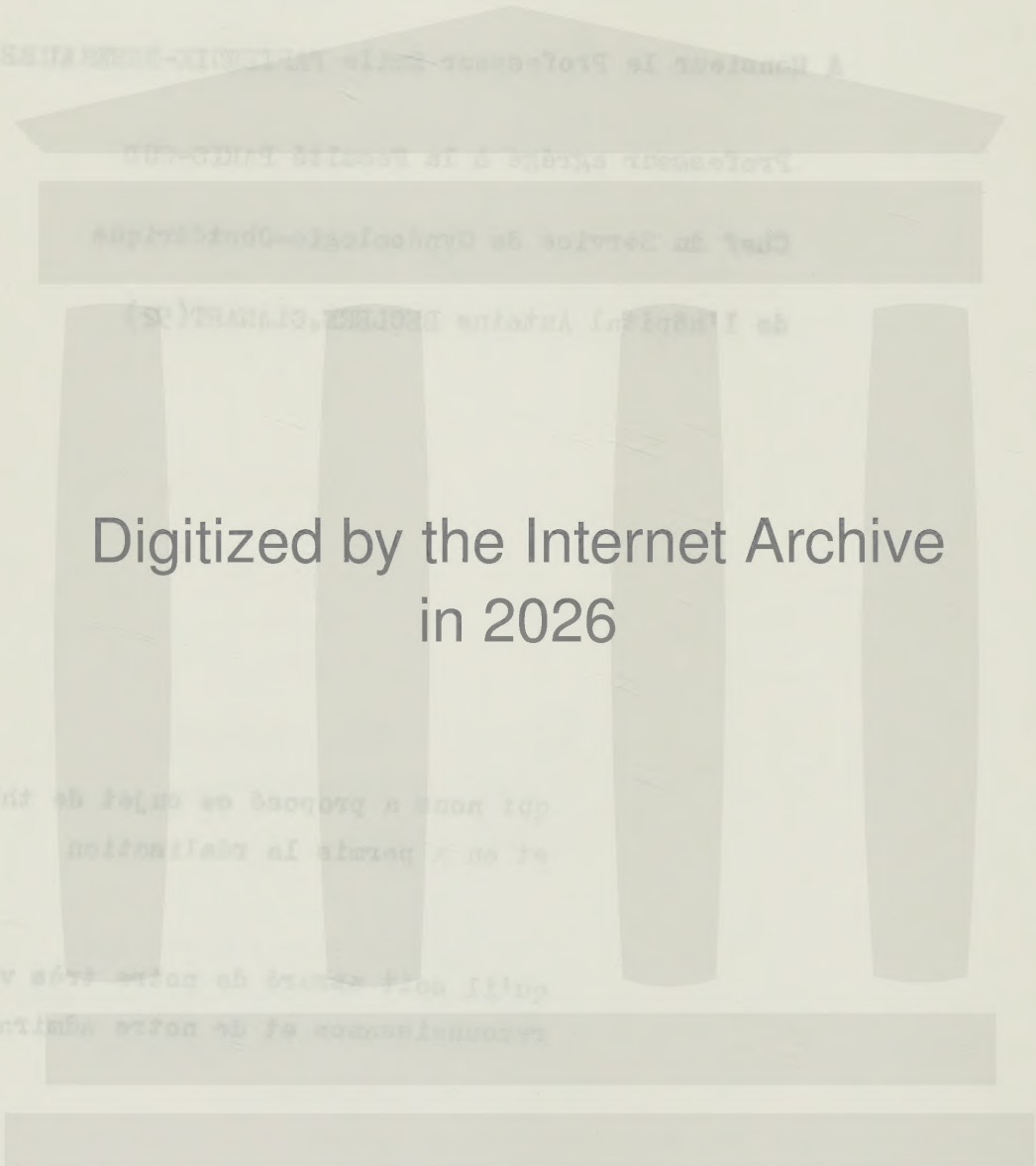
Professeur agrégé à la Faculté PARIS-SUD

Chef du Service de Gynécologie-Obstétrique

de l'hôpital Antoine BECLERE.CLAMART(92)

qui nous a proposé ce sujet de thèse
et en a permis la réalisation

qu'il soit assuré de notre très vive
reconnaissance et de notre admiration



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548021_0033

A mes Maitres d'Externat :

Monsieur le Professeur SICARD

Monsieur le Professeur AUROUSSEAU

Monsieur le Professeur KREIS

Monsieur le Professeur BERNIER

Monsieur le Professeur BINSKI PASQUIER

Monsieur le Professeur MANDE

Monsieur le Professeur VARANGOT

Monsieur le Professeur MUSSET

A mon mari

qui m'a aidée dans la réalisation de cette thèse

PREMATURITE A REPETITION

ETUDE DES CAUSES ESSAI DE PREVENTION

On sait qu'une femme ayant eu un prématuré a une chance sur quatre de récidiver, et que cette proportion double s'il y a plusieurs antécédents. (d'après Robert A. ROSS 1969)

Ces fréquences élevées de répétition, comparées à un taux global de prématurité de 6 % , montrent à l'évidence qu'il existe des causes permanentes de prématurité. (DELECOURT 1969)

Le but de ce travail est d'étudier ce caractère répétitif et d'en rechercher les causes et les facteurs favorisants. Pour cela, il utilise les renseignements figurant aux dossiers de toutes les femmes ayant accouché à la Maternité de PORT-ROYAL en 1970 et présentant des antécédents de prématurité.

T E R M I N O L O G I E

Dans ce qui suit, sont considérées comme prématurées les naissances ayant lieu à un terme compris entre 28 et 37 semaines révolues, terme compté à partir de la date des dernières règles.

Les prématurités antérieures à 35 semaines sont dites graves et les autres sont qualifiées de légères.

Les taux de prématurités obtenus auraient été réduits d'environ un tiers si l'on avait choisi le critère pondéral pour définir la prématurité.

M A T E R I E L D ' E T U D E

Il y a eu au total 84 femmes qui, ayant des antécédents de prématurité, ont accouché en 1970 à la Maternité de PORT-ROYAL.

Ce sont les 84 dossiers correspondants qui ont fourni les éléments de base de cette étude rétrospective.

Toutefois certains facteurs n'ont pu faire l'objet d'une analyse chiffrée car les renseignements nécessaires ne figuraient pas sur tous les dossiers.

METHODE D'ETUDE

1) EVALUATION DU PRONOSTIC GLOBAL DE RECIDIVE DE PREMATURITE.

Notre premier but a été l'évaluation d'un pronostic global de récidive de prématurité. Pour ce faire, nous avons analysé, dans une étude chiffrée, l'influence des différents facteurs en séparant ceux qui sont connus en fin de première consultation de ceux qui ne se révèlent qu'en cours de grossesse.

A/ Pronostic en fin de première consultation

Il est intéressant pour les praticiens de connaitre au plus tôt les facteurs étiologiques et c'est pourquoi nous avons recherché les concepts pathogéniques qui peuvent être dévelés en fin de première consultation.

A ce stade on dispose de l'anamnèse des femmes et de l'orientation diagnostique concernant le ou les accidents antérieurs. Nous avons donc évalué la valeur pronostique des facteurs morphologiques, sociologiques et pathologiques généraux, des antécédents gynécologiques et obstétricaux et des résultats des grossesses précédentes. Nous avons également évalué les pourcentages de récidives en fonction des différentes causes d'accidents antérieurs.

B/ Pronostic en fonction de l'évolution de la grossesse

Cette deuxième étape de l'évaluation du pronostic global correspond, chronologiquement, aux consultations à PORT-ROYAL. Le pronostic précédemment obtenu est affiné par l'étude chiffrée de l'influence des anomalies observées et des traitements prescrits. Nous examinons également l'importance que peut avoir la qualité de la surveillance.

2) ETUDE DES RECIDIVES, DOSSIER PAR DOSSIER

Dans la première analyse, l'évaluation de l'influence des facteurs a été faite en supposant que ceux-ci étaient indépendants, ce qui ne saurait constituer qu'une première approximation. Pour dissocier les facteurs principaux de ceux qui leur sont liés, il nous est apparu nécessaire de rechercher, pour chaque dossier correspondant à une récidive en 1970, quelle fut la cause principale qui entraina l'échec. C'est cette analyse des échecs qui nous parait la plus instructive.

3) ETUDE DES INSUFFISANCES CERVICO-ISTHMIQUES

Sur l'ensemble des dossiers, plus de la moitié présentent plus ou moins probablement, une insuffisance cervico-isthmique. Nous avons repris l'étude chiffrée sur le sous-groupe présentant cette cause permanente de prématurité, théoriquement curable. Les facteurs analysés dans cette dernière étude sont identiques à ceux qui avaient servi à l'évaluation globale du pronostic de récidive. Il apparait que, pour ce sous-groupe, il devrait être possible de mieux prévenir les échecs.

METHODE D'ANALYSE CHIFFREE

Dans la première et la troisième partie nous avons procédé à une analyse chiffrée dont les résultats ont été regroupés en tableaux.

Cette analyse a été menée de la manière suivante :

1° Définition de l'échantillon d'étude

Pour l'évaluation du pronostic global (tableaux I à IX) ce sont les 84 dossiers de base qui constituent l'échantillon d'étude.
Pour l'étude des insuffisances cervico-isthmiques (tableaux X à XVII) l'échantillon a été réduit aux 47 dossiers où apparait de manière plus ou moins probable cette cause permanente de prématurité.

2° Définition du ou des critères décrivant le facteur

Pour pouvoir procéder à l'analyse chiffrée de l'influence d'un facteur, nous avons défini un ou plusieurs critères (ou items) décrivant ce facteur. Ainsi, le facteur "petite taille des femmes" a été décrit par le critère "taille inférieure à 1,55m".
De même le facteur "gravité des prématurités antérieures" a été décrit par les cinq critères :

- une seule prématurité, légère
- une seule prématurité, grave
- plusieurs prématurités, toutes légères
- plusieurs prématurités, certaines légères, d'autres graves.
- plusieurs prématurités, toutes graves.

Ce sont les critères qui sont inscrits dans la première colonne des tableaux.

3°) Recherche des dossiers satisfaisant à chaque critère

Dans l'échantillon d'étude, on a recherché ceux des dossiers qui satisfont au critère considéré. Leur nombre total est inscrit dans la deuxième colonne du tableau. La fréquence d'apparition du critère est indiquée dans la troisième colonne : c'est le rapport du nombre de dossiers satisfaisant au critère à la population de l'échantillon. Cette fréquence, ainsi que toutes celles qui figurent dans les tableaux, est exprimée en pourcentage.

4°) Répartition des dossiers entre les récidives et les non-récidives d'échec en 1970.

On ventile les dossiers satisfaisant au critère étudié entre

- ceux où il y a eu récidive d'échec en 1970
- ceux où l'accouchement a eu lieu à terme.

Les nombres correspondants sont reportés en colonnes 4 et 6 respectivement. En colonne 5 et 7, on trouve les fréquences d'apparition du critère dans le groupe des récidives et des non-récidives, respectivement.

5°) Evaluation du pronostic

On calcule enfin le "diagramme d'influence du critère" c'est-à-dire la répartition (en pourcentage) de tous les dossiers présentant le critère entre les récidives et les non-récidives. En comparant les chiffres obtenus à ceux correspondant aux résultats globaux de l'échantillon (critère de référence rappelé en haut de chaque tableau) on peut mettre en évidence une éventuelle influence aggravante du facteur correspondant (en supposant que les facteurs ne sont pas liés, bien sûr). Il est en effet évident que si 60 % des femmes présentant un certain critère récidivent dans la prématurité, alors que ceci ne se produit que sur 37 % de l'ensemble de l'échantillon, ce critère favorise

la prématurité.

On a regroupé par tableaux les critères décrivant un même facteur ou un même groupe de facteurs, de façon à faciliter la comparaison visuelle de leurs influences respectives.

LISTE DES ITEMS (OU CRITERES) DES ENQUETES PRONOSTIQUES

Notre première partie évalue le pronostic sur l'ensemble des 84 dossiers; nous avons pour cela utilisé la méthode d'analyse chiffrée décrite ci-dessus. Cette même analyse a été reprise pour le sous-groupe des 47 dossiers de femmes présentant des insuffisances cervico-isthmiques.

Les critères sont donc les mêmes pour les deux enquêtes si ce n'est que le Tableau IV (pronostic en fonction des orientations diagnostiques) ne se retrouve évidemment pas dans l'étude des insuffisances cervico-isthmiques, puisque tous les dossiers de ce sous-groupe ont justement en commun une même orientation diagnostique.

Nous donnons ci-après la liste des critères et leur définition. Dans certains cas, cette définition est peu précise (ex : pathologie générale dans les tableaux I et X) ; nous donnons alors des précisions sur chaque dossier satisfaisant au critère en indiquant éventuellement à l'aide d'un astérisque (*) s'il appartient au groupe des insuffisances cervico-isthmiques.

Tableaux I et X :

Pronostic en fonction des critères morphologiques, sociologiques et pathologiques généraux.

A/ Critères morphologiques

- Age inférieur à 18 ans ou supérieur à 40 ans
  la prématurité est plus fréquente dans les classes d'âge extrême.
- Poids inférieur de 5 Kg à la normale
  (la norme est calculée selon la formule
  Poids (kg)= Taille(cm)- 102,5)
- Poids supérieur de 5 Kg à la normale
- Taille inférieure à 1,55m.
  D'après les résultats statistiques connus, la petite taille favorise la prématurité.

B/ Critères sociologiques

- Classe sociale définie selon la profession de la patiente ou de son conjoint
  - supérieure : professions libérales, cadres supérieurs.
  - moyenne : cadres moyens, techniciens, artisans, petits commerçants...
  - inférieure : ouvriers, employés, etc..

- grossesse illégitime : sont considérées comme illégitimes les grossesses de mères célibataires. D'autres enquêtes ont montré qu'en moyenne ces grossesses se terminaient plus prématurément.

C/ Critères concernant les antécédents pathologiques.

- Iso-immunisation Rhésus : patientes dont le taux d'agglutinines anti-Rhésus est positif en début de grossesse. L'examen pratiqué chez 10 femmes de groupe Rh- s'est révélé par trois fois positif; les taux correspondants étaient : 1/64, 1/192, 1/256.
  Ces trois femmes présentaient une insuffisance cervico-isthmiques

- Pathologie générale : susceptible de retentir sur la grossesse.
  Parmi les patientes dont la prématurité a récidivé en 1970 on a noté :

  - une hypertension artérielle sévère (20/II) avec insuffisance rénale chez une femme ayant eu un oedème aigu du poumon lors d'une grossesse précédente (x).
  - une glomérulonéphrite avec protéinurie à chaque grossesse chez une femme ayant eu un antécédent de mort in utero.
  - une insuffisance rénale sévère chez une femme présentant un antécédent de mort in utero.
  - une néphropathie interstitielle chez une femme ayant un antécédent d'hématome rétro-placentaire avec décès de l'enfant, et un autre antécédent de mort in utero.

- un cas d'infections urinaires récidivantes, survenant à chaque grossesse (*).

Parmi les patientes qui ont accouché à terme en 1970 on note :

- trois cas de rétrécissement mitral dont l'un a nécessité un forceps d'expulsion
- un cas de dilatation des bronches chez une femme ayant une embolie pulmonaire lors d'une précédente grossesse, au terme de 19 semaines.
- un "diabète insipide" (sans qu'il soit prouvé par aucun examen complémentaire).

Tableaux II et XI :

Pronostic en fonction des critères gynécologiques et obstétricaux.

A/ Antécédents gynécologiques.

- cycles irréguliers : sont considérés comme irréguliers les cycles de durée supérieure à 45 jours.
- Intervention gynécologique

Dans le groupe des patientes ayant récidivé en 1970 on note :

. une isthmoraphie (*)
. une myomectomie (*)
. une ovariectomie unilatérale pour kyste de l'ovaire

Dans le groupe des patientes ayant accouché à terme en 1970 on note :

. une ovariectomie (*)

Il y a donc eu deux interventions utérines dans le groupe des récidives de prématurité en 1970 et aucune dans le groupe des grossesses menées à terme.

B/ Antécédents obstétricaux :

Les critères de l'enquête sont :

- une seule fausse couche spontanée
- une seule fausse couche spontanée, postérieure à 14 semaines
- plusieurs fausses couches spontanées
- plusieurs fausses couches spontanées dont une au moins après 14 semaines.
- une seule fausse couche provoquée
- plusieurs fausses couches provoquées
- antécédents de curetages
- antécédents de métrorragies pendant les grossesses antérieures.
- menace d'accouchement prématuré : cet antécédent est apparu trois fois dans les dossiers sans qu'il soit accompagné d'autres précisions.
- ruptures prématurée des membranes lors d'acoouchemnts précédents : ont été considérées comme prématurées, les ruptures des membranes antérieures de 12 heures au début du travail.
- travail rapide lors des accouchements antérieurs; a été considéré comme rapide un travail de durée inférieure à 6 heures pour une primipare et à 2 heures pour une multipare.
- forceps : deux cas ont été relevés

  . le premier avait été imposé par un défaut de rotation d'un enfant pesant 4 kg. Cette femme a accouché prématurément en 1970 et présentait une insuffisance cervico-isthmique.
  . Le deuxième avait été indiqué pour aider un dégagement chez une femme atteinte de rétrécissement mitral.
  Cette femme a accouché à terme en 1970.

- césarienne :

Dans le groupe des femmes ayant accouché prématurément en 1970 on note 5 antécédents de césarienne

- une pour souffrance foetale, la mère présentant une insuffisance rénale.
- une pour placenta praevia à 31 semaines (*)
- une pour placenta praevia à 32 semaines.
- une pour présentation de siège (*)
- une dont l'indication n'a pas été précisée(*)

, Parmi les femme ayant accouché à terme en 1970, on note trois antécédents de césariennes

- une pour placenta praevia
- une pour présentation de siège (*)
- une au terme de 32 semaines dont l'indication n'a pas été précisée.

- Révision utérine ou délivrance artificielle

L'une d'elles a été pratiquée quatre heures après l'accouchement.

- grossesses rapprochées : ont été considérées comme grossesses rapprochées, celles dont le terme a eu lieu moins d'un an avant celui de 1970.

Tableaux III et XII :

Pronostic en fonction des résultats des grossesses antérieures.

- Nombre des prématurités

- une seule, légère (terme compris entre 35 et 37 semaines révolues)
- une seule, grave (terme compris entre 28 et 35 semaines révolues)
- plusieurs, toutes légères.
- plusieurs, certaines légères, d'autres graves.
- plusieurs, toutes graves.

- Survie des prématurés antérieurs

- tous vivants
- un décédé
- plusieurs décédés.

Les décès sont comptés dans la période strictement périnatale (0 - 6 jours)

- Particularités des prématurés antérieurs

  • enfants hypotrophiques (sauf malformés)
  Trois prématurés antérieurs présentaient un retard de développement in utero

  .l'un pesait 1700g lors de sa naissance à 32 semaines. Sa mère a de nouveau accouché prématurément en 1970 (*)

  .un autre pesait 2000g au terme de 35 semaines Sa mère a également récidivé dans la prématurité en 1970 (*)

  .Le dernier pesait 1900 g pour 35 semaines

  L'accouchement de 1970, a eu lieu à terme

  • mort in utero
  • malformés

- Enfants de poids supérieur à 4 kg à la naissance :

La naissance d'un gros enfant peut favoriser la création d'une béance.

Tableau IV :

Pronostic en fonction de l'orientation diagnostique des prématurités précédentes (en fin de première consultation)

A/ Diagnostic établi de manière sûre :

Il s'agit du diagnostic de la cause principale de l'accident antérieur tel qu'il a pu être établi au vu des résultats des examens complémentaires.

- causes accidentelles :

  • dans le groupe des récidives d'échec en 1970

    • 2 cas de placenta praevia

• dans le groupe des grossesses menées à terme en 1970

. 4 malformés
. 4 placenta praevia
. 4 toxémies dont une éclampsie avec intégrité rénale.
. 2 pyélonéphrites
. 1 syndrôme de Cohn avec hypertension artérielle; intervention chirurgicale avant la grossesse de 1970.
. 1 gemellité
. 1 accident de voiture
. 1 traumatisme violent avec coma pendant 3 jours
. 1 chute

Ces trois dernières causes peuvent être comptées comme facteur déclenchant la prématurité, du fait de l'entrée rapide en travail de ces femmes à la suite du traumatisme.

- <u>causes permanentes locales</u>

• dans le groupe des récidives d'échec en 1970

. 2 béances de découverte hystérographique dont l'une constituant un échec d'isthmoraphie.
. 2 malformations utérines de découverte radiologique :
  - 1 utérus uricorne
  - 1 malformation utérine mineure

• dans le groupe des grossesses menées à terme en 1970

. 4 béances de découverte hysterographique
. 2 utérus hypoplasiques de découverte hystérographique;

- <u>causes permanentes générales :</u>

Elles se retrouvent toutes dans le groupe des récidives d'échec en 1970

. 3 insuffisances rénales avec hypertension artérielle
. 1 iso-immunisation Rhésus grave (taux : 1/64) avec antécédent de mort in utero

Outre ces causes principales, on noté les causes associées suivantes :

- dans le groupe des récidives d'échec en 1970

  . une iso-immunisation Rhésus, d'une importance telle qu'elle aurait justifié une interruption de grossesse, associée à une cause locale utérine et à un placenta praevia.
  . une insuffisance rénale grave, associée à une malformation utérine découverte, rétrospectivement.
  . une iso-immunisation Rhésus grave associée à une insuffisance cervico-isthmique probable.
  . un antécédent de prématurité par listériose associé à une malformation utérine.

- dans le groupe des grossesses menées à terme en 1970

  . une béance associée à un placenta praevia.
  . un utérus hypotrophique associé à un placenta praevia.

B/ Diagnostic probable (causes locales) :

Nous avons considéré comme probable le diagnostic de cause locale de prématurité quand, outre des antécédents de prématurité grave, on relève dans l'anamnèse l'un des éléments suivants :

  . fausses couches spontanées tardives
  . travail hypercinétique
  . rupture prématurée des membranes
  . accouchements de gros enfants

et que lors de la première consultation à PORT-ROYAL le col se révèle être court ou béant.

C/ Diagnostic possible (causes locales)

Entrent dans les diagnostics possibles de causes locales, les cas où les signes évoquant une insuffisance cervico-isthmique sont moins nets et où en particulier les antécédents de prématurité sont moins sérieux.

D/ Diagnostic inconnu

Ont été classés dans cette catégorie ceux des dossiers qui, à la fin de la première consultation à PORT-ROYAL en 1970, ne comportaient pas les éléments suffisants pour être attribués à l'une des catégories précédentes. Si la cause de l'accident antérieur est restée inconnue pour certains d'entre eux, pour d'autres par contre, il a été possible de poser un diagnostic a posteriori.

Tableaux V et XIII :

Pronostic en fonction des symptômes anormaux observés pendant la grossesse de 1970.

- contractilité utérine : on a noté les cas où la patiente a perçu des contractions utérines de fréquence ou d'intensité anormales. On a distingué la contractilité utérine
  - avant 28 semaines
  - après 28 semaines
- métrorragies : ont été exclues les métrorragies d'origine cervicale. On a distingué :
  - les métrorragies avant 14 semaines
  - les métrorragies entre 14 et 28 semaines
  - les métrorragies après 28 semaines; parmi celles-ci toutes celles qui correspondent à des échecs en 1970 étaient des placenta praevia.
- forte prise de poids : correspondant à une prise de poids mensuelle supérieure à 3 kg.
- chute de poids brutale : tous les cas relevés correspondent à une chute de poids de 2 à 4 kg survenant en 10 à 15 jours, chez des femmes dont la prise de poids était jusque là normale.

- dysgravidie : on note
  - dans le groupe des récidives d'échec en 1970
    - 3 insuffisances rénales avec hypertension permanente dont une associée à des oedèmes et une protéinurie
    - une hypertension sans antécédents (15/7 à 5 mois)
  - dans le groupe des femmes ayant mené à terme leur grossesse en 1970 :
    - 5 d'entre elles présentaient des oedèmes aux membres inférieurs, oedèmes ayant fait leur apparition dans deux cas avant 28 semaines.
    - 5 femmes atteintes d'une légère hypertension artérielle persistant après repos. Les tensions relevées étaient 15 ½ /8, 14/9, 14/8, 13/9, 14/7.

Tableaux VI et XIV :

Pronostic en fonction des anomalies cliniques observées pendant la grossesse de 1970.

A/ Développement de l'utérus :

La hauteur utérine normale est donnée par la formule :
Hauteur (cm.) = Terme (mois) x 4.
Cette formule est valable pour les termes supérieurs à 3 mois.

- Hauteur utérine faible : sont considérées comme faibles les hauteurs utérines inférieures de 3cm. à la normale.
  Dans le groupe des récidives d'échec on trouve trois cas de retard de développement in utero :
  - un cas d'incompatibilité Rhésus qui s'est terminé par une mort in utero à 30 semaines.
  - 2 cas de dysgravidie sévère sur néphropathie. L'un d'entre eux s'est terminé par un hématome retroplacentaire à 36 semaines, la césarienne permettant de sauver un dysmature de 1600 g. L'autre enfant, qui fut délivré par césarienne à

34 semaines était mort-né. Il pesait 1700g.

Dans le groupe des femmes ayant accouché à terme en 1970, les 3 cas relevés ne correspondaient à aucune anomalie dysgravidique. Le poids des enfants à terme étaient de 2400g , 2800 g, et 3000 g.

- Hauteur utérine forte : le seul cas noté était celui d'une patiente présentant une hauteur utérine de 28 cm. à 28 semaines; c'est à cette date qu'a eu lieu l'accouchement malgré un cerclage fait à 14 semaines; la forte hauteur utérine associée au fait que la poche des eaux bombait avant l'accouchement suggère un hydramnios.

B/ Examen du col

Cet examen est très important pour le diagnostic d'insuffisance cervico-isthmique mais manque de précision du fait que l'on n'a jamais codifié les degrés de raccourcissement et d'effacement du col.

Les items de l'enquête sont :

- raccourcissement du col
- col perméable à l'orifice interne ou béant
- incisure du col; cicatrice latérale plus ou moins profonde pouvant aller jusqu'au cul-de-sac vaginal.
- exocervicite.

C/ Morphologie utérine

Les malformations utérines augmentent les risques de prématurité; c'est pourquoi nous avons noté les différentes anomalies de ce type découvertes à l'examen clinique.

- utérus cordiforme
- utérus cylindrique
- utérus porteur de myomes :
  parmi les cas de récidive d'échec en 1970, 2 correspondaient à des utérus porteurs de myome (l'un au niveau de la corne gauche).

Parmi les cas de non-récidive, 2 cas d'utérus porteurs de myomes : l'un sur la face supérieure, l'autre, de la taille d'une noix, sur le fond utérin.

- utérus rétroversé

Tableaux VII et MV :

Pronostic en fonction des anomalies décelées par les examens complémentaires :

- Bilan rénal :
  - 3 examens perturbés (urée, clearance et protéinurie) tous trois correspondant à des récidives et des insuffisances cervico-isthmiques.
  - un examen cytobactériologique des urines montrant l'existence d'un germe et un compte d'Addis anormal après plusieurs traitements anti-infectieux.
- dosages hormonaux :

  dans les récidives :
  - oestrogènes bas à 26 et 28 semaines et mort in utero à 30 semaines (maladie rhésus)
  - chute d'oestriol à 34 semaines chez une femme présentant une insuffisance rénale.

  dans les non-récidives :
  - prégnandiol bas à 14 semaines se normalisant ensuite.
  - prégnandiol bas à 24 semaines se normalisant ensuite.
- recherche d'iso-immunisation :

  trois exmaens sur 10 se sont révélés positifs (taux : 1/64, 1/192, 1/256).

  Au cours de la grossesse un des taux a augmenté, donnant lieu à une mort in utero.
- amniocenthèse
- amnioscopie
- localisation placentaire

Tableaux VIII et XVI :

Influence des traitements.

A/ **Cerclage :** méthode de Shirodkar.

Nous avons distingué les cerclages en fonction des termes où ils ont été faits :

- avant le troisième mois en général à 12 semaines
- pendant le troisième mois en général à 14 semaines
- après le troisième mois
  - . un à 16 semaines
  - . un à 24 semaines
  - . un (refait) à 28 semaines.

B/ **Traitement hormonal :**

Ce traitement consistait en une injection bi-hebdomadaire de progestérone (500 mg), le plus souvent prescrit en raison de contractions utérines ou préventivement, en attente de cerclage.

C/ **Traitement anti-spasmodique ou tocolytique.**

Ce traitement consistait à administrer de l'isoxuprine, par voie intraveineuse pour les femmes hospitalisées et par voie orale en cas de traitement ambulatoire. Nous n'avons pas tenu compte du traitement prescrit à la suite des cerclages.

D/ **Prescription de repos :**

Cette prescription s'accompagnait toujours, pour les femmes qui travaillaient, d'un arrêt de travail. Dans certains cas, l'alitement était également prescrit :
8 fois chez les femmes ayant mené leur grossesse à terme,
6 fois chez les autres (hospitalisation exclue)

E/ Régime hypo-sodé :

Prescrit en cas de syndrôme dysgravidique ou de prise de de poids excessive.

F/ Hospitalisation (sauf pour cerclage)

- dans le groupe des récidives, on note :
  - 2 hospitalisations à 22 et 24 semaines pour contractilité utérine
  - 17 hospitalisations pendant le troisième terme. Les motifs en étaient :
    - 3 ammiocenthèses
    - 8 contractilités utérines importantes avec col très court et dans un cas poche des eaux bombante et col dilaté
    - 3 pour surveillance foetale chez des femmes atteintes de dysgravidie sévère.
    - 1 pour infections urinaires récidivantes
    - 1 pour placenta praevia
    - 1 pour fatigue et impossibilité de repos à domicile.

- dans le groupe des non-récidives
  - une hospitalisation à 12 semaines pour métrorragie
  - 3 pendant le deuxième terme pour contractilité utérine importante (et suspicion de placenta praevia chez l'une d'elle).
  - II pendant le troisième terme
    - une pour antécédent de métrorragie pendant le premier terme et surveillance
    - 5 pour contractilité utérine
    - Une pour métrorragie minime et surveillance foetale car signe de Hont (pas de placenta praevia)
    - une pour traumatisme

- une pour antécédent d'anencéphalie
- une pour malposition foetale et rétrécissement mitral (siège et tête hyperdéflêchie).
- une pour toxémie
- une pour fatigue et impossibilité de repos à domicile.

G/ Diurétiques

Ce traitement a été prescrit, dans le groupe des récidives, deux fois, pour hypertension artérielle.
Dans le groupe des non-récidives il a été prescrit à deux femmes atteintes de rétrécissement mitral, 5 fois pour oédème et prise de poids et deux fois pour tension artérielle légèrement trop élevée.

F/ Traitement anti-hypertenseur

Prescrit chez deux patientes hypertendues et atteintes d'insuffisance rénale permanente.

Tableaux IX et XVII

Influence de la surveillance.

Nous avons noté pour toutes les femmes, la date de leur première consultation ainsi que le nombre total de consultations à PORT-ROYAL. Les résultats de ce dernier critère, sont évidemment biaisés par le seul fait que la durée de la grossesse et donc la période sur laquelle s'étalent les consultations, sont réduites pour celles qui ont accouché prématurément en 1970.

PREMIERE PARTIE

EVALUATION DU PRONOSTIC GLOBAL DE PREMATURITE

Globalement, tous facteurs confondus, le taux de récidive de prématurité s'élève à 37 % (31 dossiers sur 84)

Plus précisément, les femmes ne présentant qu'un seul antécédent, de prématurité ont récidivé dans une proportion de 31 %; ce chiffre passe à 57 % pour celles qui présentaient plusieurs antécédents.

Ces résultats globaux concordent relativement bien avec ceux dont fait état la littérature (25 % et 50 % respectivement); leur caractère légèrement pessimiste peut-être expliqué par la définition de la prématurité adoptée : en effet, le nombre d'enfants qui pesaient moins de 2500 g lors de leur naissance à PORT-ROYAL en 1970 était de 21 sur 84, soit un pourcentage de 25 %. Plus précisément, le critère pondéral conduit à des taux de 19 % de récidive chez les femmes ayant un seul antécédent de prématurité et de 30 % chez celles dont plusieurs grossesses se sont terminées prématurément.
Toutefois, dans l'ensemble de notre travail nous avons utilisé la définition chronologique de la prématurité.

Les 31 accouchements prématurés se répartissent en 13 prématurités légères et 18 graves.

Pour nous permettre d'affiner ces résultats globaux, nous avons évalué la valeur pronostique des différents facteurs susceptibles d'influencer les récidives de prématurité.

Ces facteurs ont été classés en deux groupes :

- ceux qui peuvent être connus en fin de première consultation
- ceux qui sont décelables au cours des consultations antérieures.

TABLEAU I :

PRONOSTIC EN FONCTION DES FACTEURS

- morphologiques
- sociologiques
- pathologiques généraux

Ces facteurs sont connus en fin de première consultation.

Ce tableau montre l'influence néfaste et pratiquement inévitable des affections responsables d'une malnutrition foetale (par exemple néphropathie avec hypertension artérielle permanente). De même les maladies Rhésus graves (3 cas sur 10 recherchés) réservent non seulement le pronostic de prématurité mais également celui de survie.

Nous apparaissent comme facteurs favorisants de la prématurité :

- le bas niveau social
- les grossesses illégitimes
- la petite taille

Inversement, améliorent le pronostic :

- le poids faible
- le haut niveau social

Enfin, on note que les classes d'âge extrêmes ne paraissent pas plus sujettes à prématurité.

Tableau I

Pronostic en fonction des critères MORPHOLOGIQUES , SOCIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES.

	Critère	Tableau récapitulatif des cas où le critère considéré est satisfait.					
		Ensemble des 84 dossiers étudiés		répartition entre,			
				récidives d'échec (31 dossiers)		non-récidives (53 dossiers)	
		Nb.	Fréquence	Nb.	Fréquence	Nb.	Fréquence
	ISSUE DE LA GROSSESSE DE 1970 (critère de référence)	84		31		53	
Morphologiques	AGE inférieur à 18 ans ou supérieur à 40 ans.	5	6 %	3	6 %	2	6 %
Morphologiques	POIDS INFERIEUR de 5 kg à la normale.	12	14 %	2	6 %	10	19 %
Morphologiques	POIDS SUPERIEUR	14	17 %	5	16 %	9	17 %

Diagramme de l'influence du critère sur l'issue de la grossesse de 1970

(un diagramme décalé vers la gauche, par rapport au critère de référence, correspond à un critère néfaste)

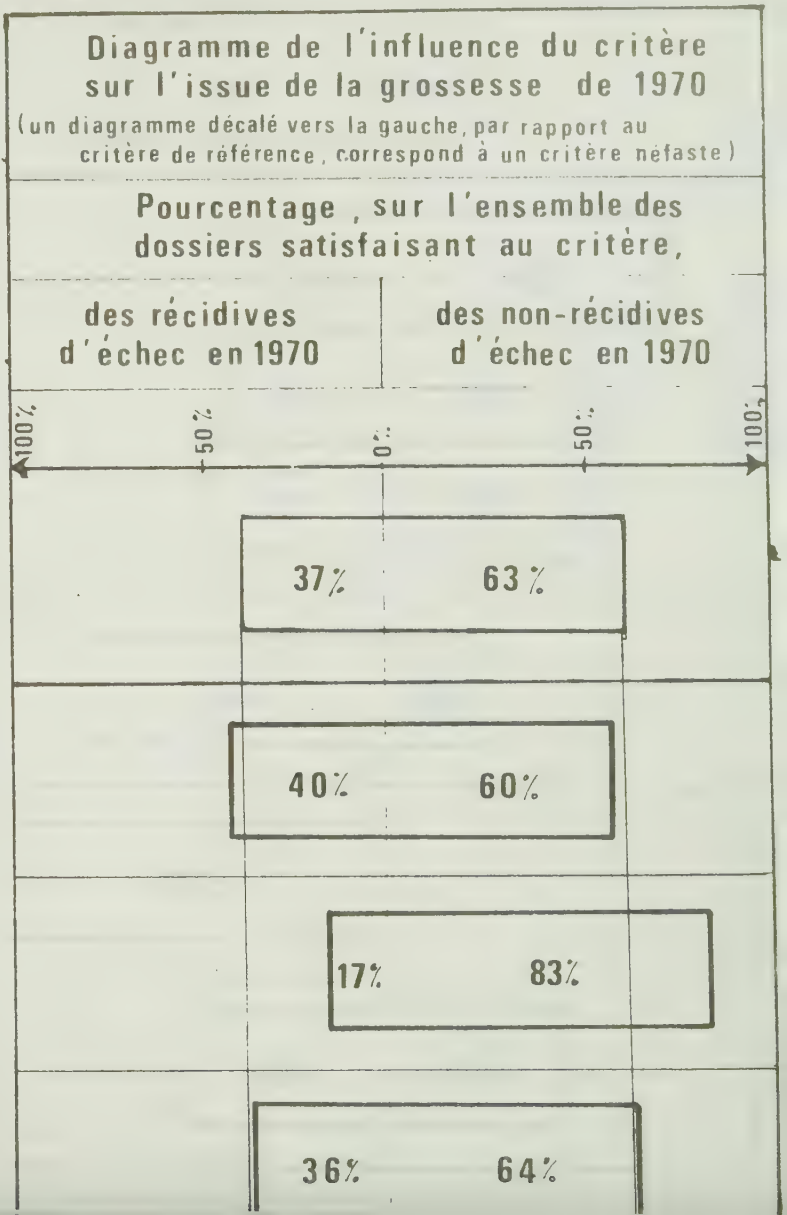


Tableau I (fin)

	TAILLE inférieure à 1,55 m.	14	17%	10	32 %	4	8 %
Sociologiques	CLASSE SOCIALE						
	– SUPERIEURE	15	18 %	3	10 %	12	23 %
	– MOYENNE	29	35 %	11	35 %	18	34 %
	– INFERIEURE	40	47 %	17	55 %	23	43%
	GROSSESSE ILLEGITIME	7	8 %	5	16 %	2	4 %
Pathologiques	Isoimmunisation Rh	3	4 %	3	10 %	0	
	PATHOLOGIE GENERALE	10	12 %	5	16 %	5	9 %

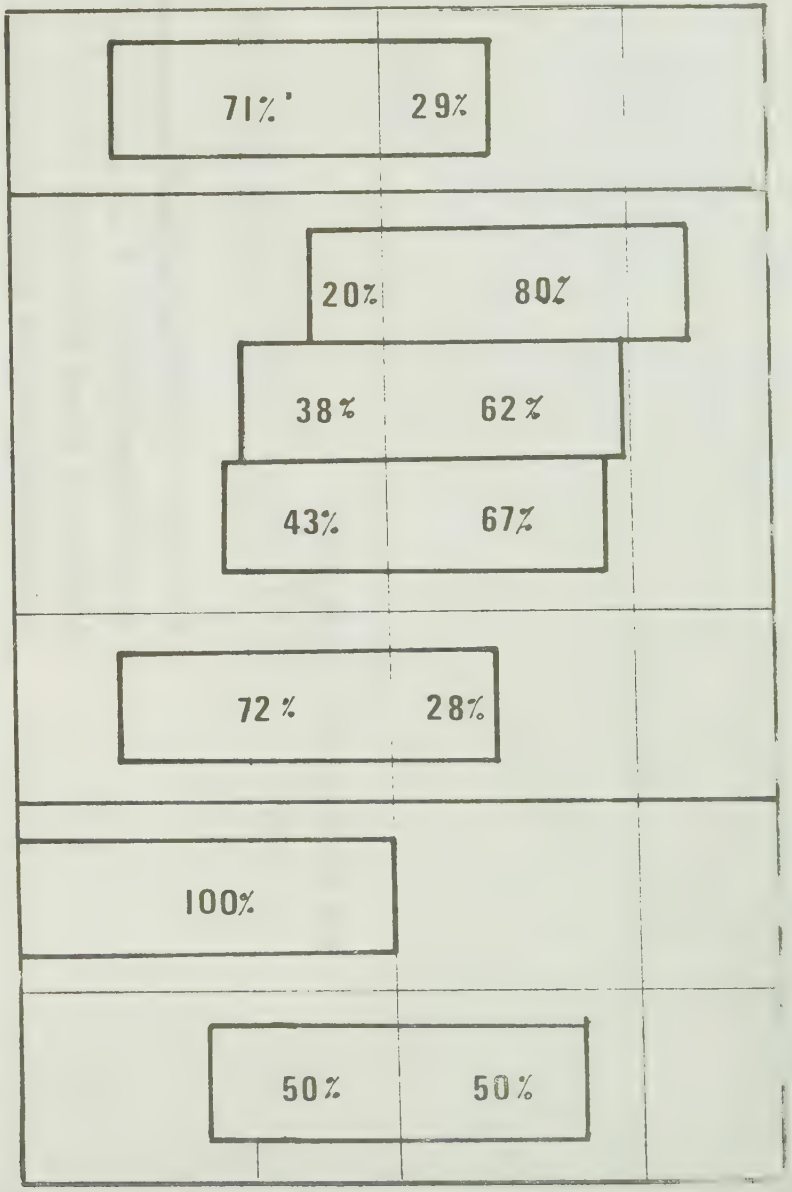


TABLEAU II :

PRONOSTIC EN FONCTION DES ANTECEDENTS

- gynécologiques
- obstétricaux

L'aggravation du pronostic est évidente lorsqu'il existe certains antécédents témoins d'une béance accompagnés ou non de facteurs traumatiques qui peuvent l'avoir créée :

- avortements répétés, tardifs, qu'ils aient été spontanés ou provoqués.
- curetages.

Cependant, on ne note pas de modification sensible du pronostic pour des antécédents de travail rapide ou de menaces d'accouchement prématuré.

Nous remarquons que toutes les interventions utérines, qu'elles aient lieu en dehors de la grossesse (myomectomie) en fin de grossesse (césarienne, forceps), dans le post-partum ou le post-abortum(révision utérine, délivrance artificielle, curetage) semblent avoir une influence défavorable sur l'issue des grossesses suivantes.

L'influence défavorable de certains facteurs reste obscure :

- cycles irréguliers (ceci est d'autant plus remarquable que des cycles longs amènent à évaluer le terme par excès)
- métrorragies (mais on a peut-être fait entrer dans cette catégorie de simples exocervicites).

Enfin, il apparait que la prématurité est favorisée par des grossesses rapprochées.

Tableau II

Pronostic en fonction des critères GYNECOLOGIQUES ET OBSTETRICAUX.

	Critère	Tableau récapitulatif des cas où le critère considéré est satisfait.					
		Ensemble des 84 dossiers étudiés		répartition entre,			
				récidives d'échec (31 dossiers)		non-récidives (53 dossiers)	
		Nb.	Fréquence	Nb.	Fréquence	Nb.	Fréquence
	ISSUE DE LA GROSSESSE DE 1970 (critère de référence)	84		31		53	
Gynécologiques	CYCLES IRRÉGULIERS	15	18 %	8	26 %	7	13 %
Gynécologiques	INTERVENTION GYNÉCOLOGIQUE	4	5 %	3	10 %	1	2 %

Diagramme de l'influence du critère sur l'issue de la grossesse de 1970

(un diagramme décalé vers la gauche, par rapport au critère de référence, correspond à un critère néfaste)

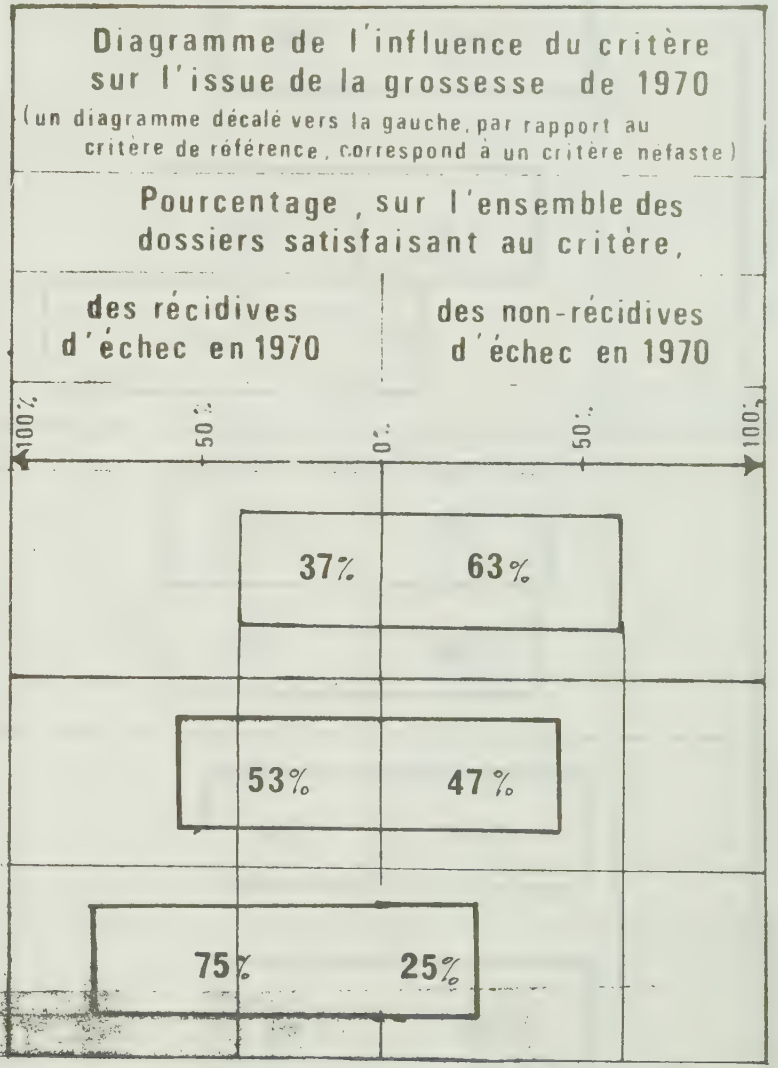


Tableau II (suite).

Obstétricaux									
F.C.S.	Une seule	43	51 %	17	54 %	26	49 %	40 %	60 %
	dont: après 3 mois	13	15 %	5	16 %	8	15 %	38 %	62 %
	répétées	15	18 %	8	26 %	7	13 %	53 %	47 %
	dont: une au moins après 3 mois	6	7 %	5	16 %	1	2 %	83 %	17 %
F.C.P.	Une seule	22	26 %	11	35 %	11	21 %	50 %	50 %
	Répétées	7	8 %	4	13 %	3	6 %	57 %	43 %
CURETAGE		51	61 %	23	74 %	28	53 %	45 %	55 %
METRORRAGIE pendant une grossesse antérieure		9	11 %	4	13 %	5	9 %	44 %	56 %

Tableau II (fin).

Critères obstétricaux (suite)							
	MENACES D'ACCOUCHEMENT PREMATURE	3	4 %	1	3 %	2	4 %
	RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES	6	7 %	3	10 %	3	6 %
	TRAVAIL RAPIDE	8	10 %	3	10 %	5	9 %
	FORCEPS	2	2 %	1	3 %	1	2 %
	CESARIENNE	8	10 %	5	16 %	3	6 %
	REVISION UTERINE OU DELIVRANCE ARTIFICIELLE	6	7 %	6	19 %	0	
	GROSSESSES RAPPROCHEES	17	20 %	8	26 %	9	17 %

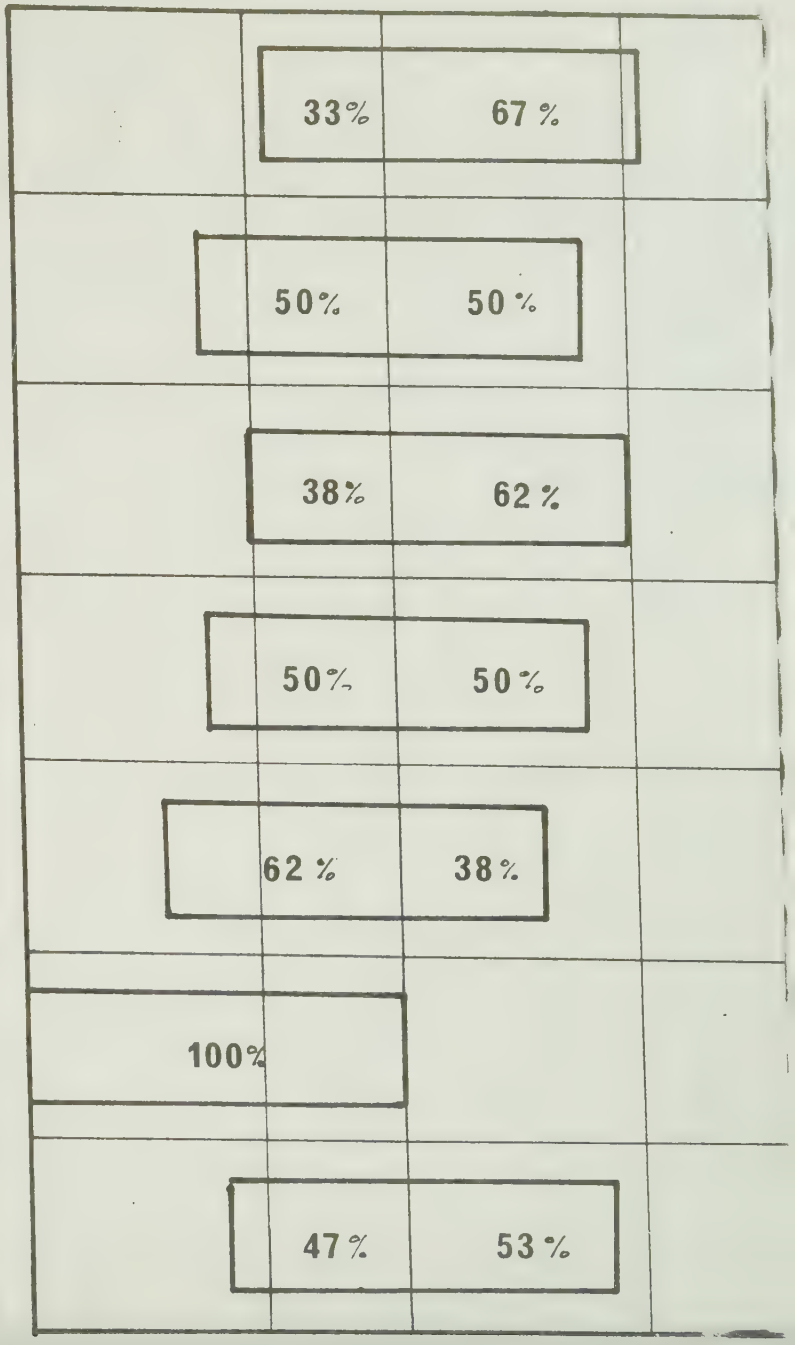


TABLEAU III :

PRONOSTIC EN FONCTION DES RESULTATS DES GROSSESSES PRECEDENTES.

Ce tableau montre le parallélisme qui existe entre la gravité de la prématurité antérieure et la fréquence des récidives.

On remarque également la faible valeur pronostique d'un seul antécédent de prématurité quel qu'en soit le terme; par contre le risque de récidive augmente nettement s'il y a plusieurs antécédents de prématurés et tout particulièrement si ceux-ci sont décédés ou s'ils étaient atteints de séquelles neurologiques.

Des antécédents évoquant une malnutrition foetale (mort in utero, hypotrophiques) aggravent le pronostic.

Enfin, la naissance d'un enfant malformé n'implique pas une fréquence supérieure de récidive de prématurité.

Tableau III

Pronostic en fonction des résultats des grossesses précédentes.

Critère		Tableau récapitulatif des cas où le critère considéré est satisfait.					
		Ensemble des 84 dossiers étudiés		répartition entre,			
				récidives d'échec (31 dossiers)		non-récidives (53 dossiers)	
		Nb	Fréquence	Nb	Fréquence	Nb.	Fréquence
ISSUE DE LA GROSSESSE DE 1970 (critère de référence)		84		31		53	
Nombre de prématurités	UNE SEULE - légère	20	24 %	6	19 %	14	26 %
	UNE SEULE - grave	47	56 %	16	52 %	31	62 %
	PLUSIEURS - toutes légères	3	3 %	1	3 %	2	4 %
	PLUSIEURS - certaines légères d'autres graves	6	7 %	3	10 %	3	6 %

Diagramme de l'influence du critère sur l'issue de la grossesse de 1970

(un diagramme décalé vers la gauche par rapport au critère de référence correspond à un critère néfaste)

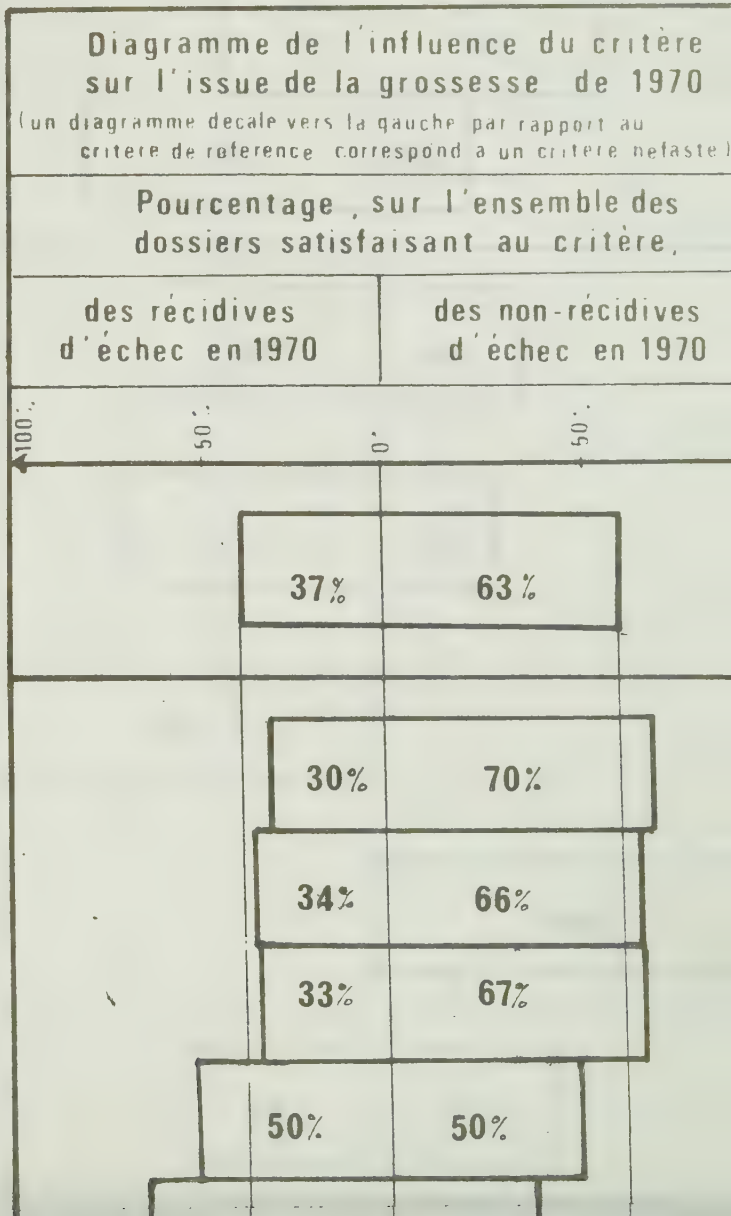


Tableau III (fin).

Survie des prematurés antérieurs	TOUS VIVANTS	33	39 %	10	32 %	23	43 %
	UN DÉCÉDÉ	47	56 %	18	58 %	29	55 %
	PLUSIEURS DÉCÉDÉS	4	5 %	3	10 %	1	2 %
Particularités des enfants antérieurs	ATTEINTES PSYCHO-MOTRICES	5	6 %	3	10 %	2	4 %
	ENFANTS HYPOTROPHIQUES	3	4 %	2	6 %	1	2 %
	M.I.U.	4	5 %	4	13 %	0	
	MALFORMES	4	5 %	0		4	8 %
	POIDS SUPERIEUR A 4 kg	2	2 %	1	3 %	1	2 %

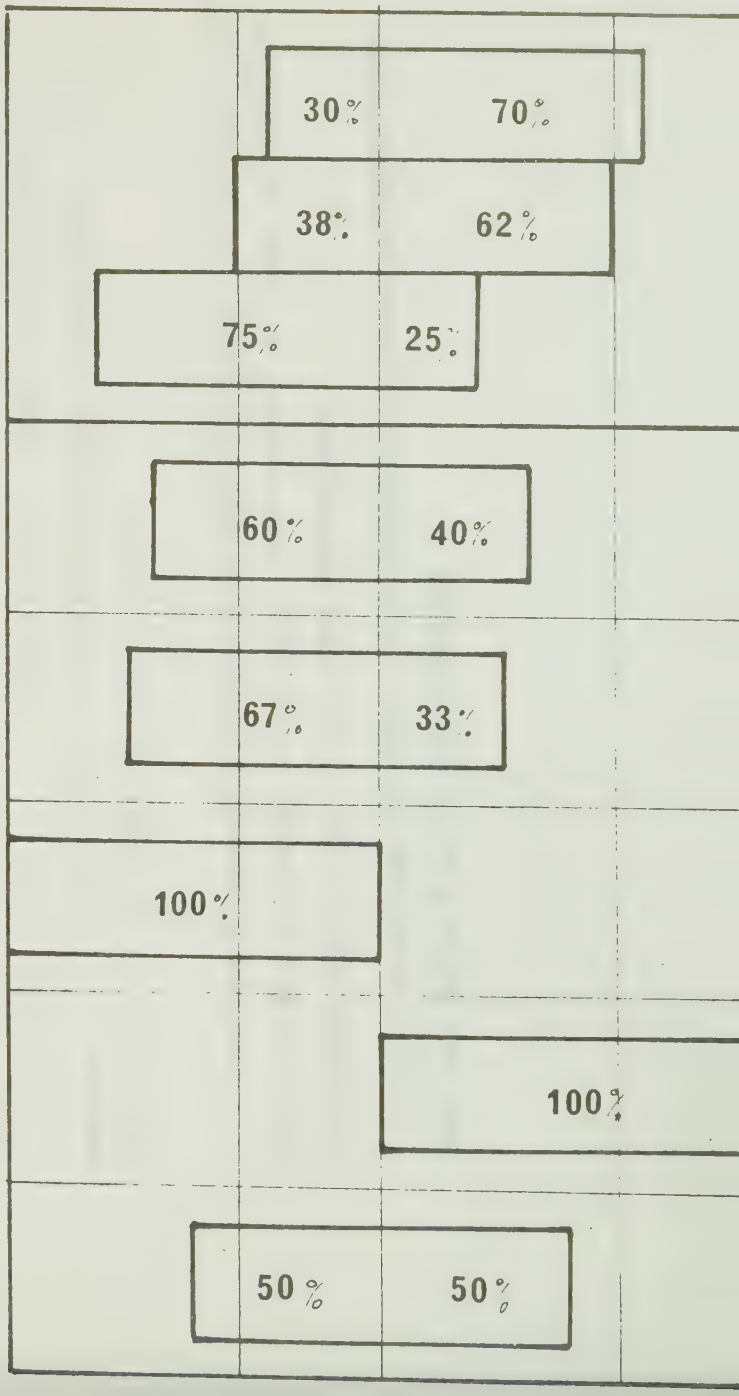


TABLEAU IV :

PRONOSTIC EN FONCTION DE L'ORIENTATION DIAGNOSTIQUE EN FIN DE PREMIERE CONSULTATION

Les items de ce tableau correspondent à une classification sommaire des diagnostics des prématurités antérieures. Il s'agit des diagnostics tels qu'ils auraient pu être portés en fin de première consultation, c'est-à-dire à partir des éléments disponibles à ce moment. Nous les avons rétablis en fonction des renseignements résultant de l'anamnèse.

Nous voyons que la classification que nous proposons sur l'explication du premier accident a une bonne valeur prédictive sur l'issue de la grossesse actuelle.
En effet, comme il était prévisible, le taux de récidives après une prématurité accidentelle est faible (10 %) et se rapproche du taux normal (6 %). Inversement, la fréquence de prématurités répétées est forte chez les femmes atteintes d'une affection permanente retentissant sur le foetus. On constate aussi que moins le diagnostic d'affection locale utérine est évoqué , plus la tendance à la récidive est forte. Il est toutefois remarquable que 53 des 57 insuffisances cervico-isthmiques étaient décelables dès ce stade.

La fréquence des récidives chez les femmes présentant de manière certaine dès la première consultation une béance ou une malformation utérine, s'est révélée être aussi forte que sur l'ensemble des dossiers étudiés : ce résultat est le signe , comme nous le verrons, d'une surveillance insuffisante pour l'une d'elle, d'un échec partiel du cerclage pour l'autre.

Les insuffisances cervico-isthmiques (évoquées d'après l'histoire clinique des accidents antérieurs) représentent la cause de récidive de prématurité la plus fréquement rencontrée.

Nous rappelons que nous avons évoqué ce diagnostic lorsqu'existent des faits témoins d'une béance :

- avortement tardif
- rupture prématurée de membranes
- travail hypercinétique
- col béant ou raccourci très précocément accompagné ou non de facteurs traumatiques qui peuvent l'avoir créée :
- accouchement
  - accouchement de gros enfant
  - avortement provoqué
  - curetage

Notre étude retrouve les mauvais pronostics liés à des antécédents d'avortements répétés (surtout s'ils sont tardifs) et de rupture prématurée des membranes.
De même, la fréquence de récidive est forte quand le col est béant ou raccourci lors de la première consultation.

Chez 19 patientes nous n'avons pas pu proposer un diagnostic pour les accidents antérieurs : 15 de ces femmes ont accouché à terme en 1970 soit 79 %.

Il nous a paru intéressant de comparer le groupe formé par ces femmes à l'ensemble des femmes ayant accouché à terme en 1970 (53 patientes); dans le sous groupe on note

- une origine sociale plus élevée : 33 % des femmes appartiennent à la classe sociale supérieure au lieu de 23 %
- l'absence d'interventions gynécologiques
- des antécédents de facteurs aggravant moins fréquents : peu d'avortements spontanés (20 % au lieu de 49 %)
- aucune répétition d'avortements spontanés
- aucun avortement provoqué
- des curetages moins fréquents (35 % contre 53 %)
- des décès plus rares chez les prématurés antérieurs.

Parmi les quatre femmes qui ont accouché prématurément en 1970, il est intéressant de remarquer le caractère accidentel de la récidive chez trois d'entre elles

- 2 ont eu un placenta praevia
- 1 a fait une chute à la veille de son accouchement.

Tableau IV

Pronostic en fonction de l'orientation diagnostique en fin de première consultation.

Critère	Tableau récapitulatif des cas où le critère considéré est satisfait.					
	Ensemble des 84 dossiers étudiés		répartition entre,			
			récidives d'échec (31 dossiers)		non-récidives (53 dossiers)	
	Nb.	Fréquence	Nb.	Fréquence	Nb.	Fréquence
ISSUE DE LA GROSSESSE DE 1970 (critère de référence)	84		31		53	
DIAGNOSTIC ÉTABLI Cause principale						
- ACCIDENTELLE	21	25%	2	6%	19	36%
- PERMANENTE LOCALE	10	12%	4	13%	6	11%
- PERMANENTE GENERALE	4	5%	4	13%	0	

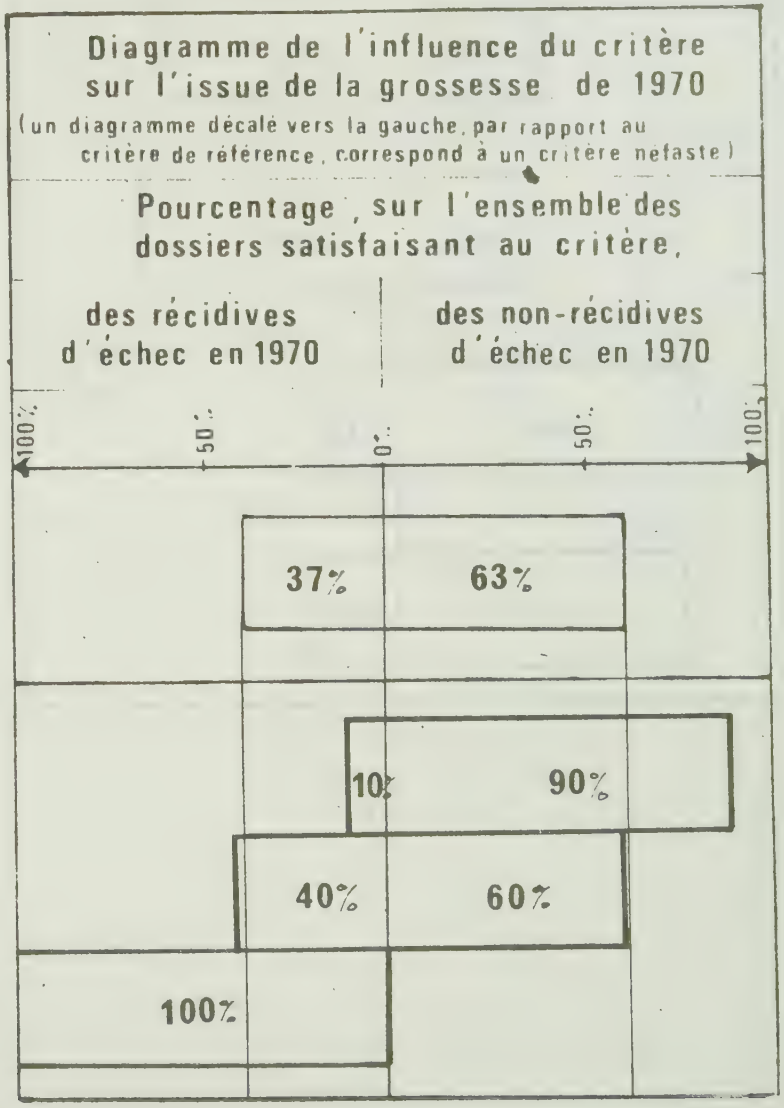


Tableau IV (fin)

DIAGNOSTIC PROBABLE (CAUSE LOCALE)	21	25%	13	42%	8	15%
DIAGNOSTIC POSSIBLE (CAUSE LOCALE)	6	7%	4	13%	2	4%
DIAGNOSTIC INCONNU	19	23%	4	13%	15	28%
dont cause locale découverte a postériori	4	5%	1	3%	3	6%

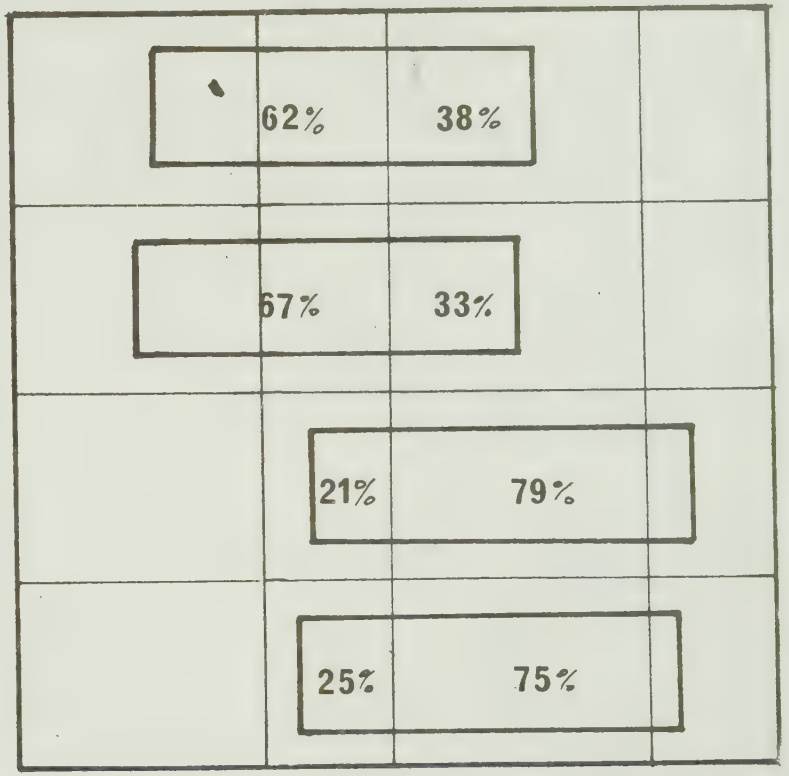


TABLEAU V :

PRONOSTIC EN FONCTION DES SYMPTOMES ANORMAUX OBSERVES PENDANT LA GROSSESSE DE 1970

Les résultats de ce tableau nous montrent certains faits connus :

- une contractilité utérine anormale est annonciatrice d'un accouchement prématuré.
- les métrorragies postérieures à 28 semaines correspondent à des placenta praevia

Certains résultats sont moins connus :

- une contractilité utérine précoce ne parait pas défavorable; ceci peut-être le fait d'une meilleure protection de la grossesse avant 28 semaines soit celui d'une irréversibilité des contractions utérines après le troisième terme.
- les métrorragies précoces (ne correspondant pas à un placenta praevia) sont nettement défavorables.

On note également l'extrême importance de la notion de chute de poids déclenchant l'accouchement et le peu d'incidence des dysgravidies bénignes.

Tableau V

Pronostic en fonction des symptomes anormaux observés pendant la grossesse de 1970

Critère	Tableau récapitulatif des cas où le critère considéré est satisfait.					
	Ensemble des 84 dossiers étudiés		répartition entre,			
			récidives d'échec (31 dossiers)		non-récidives (53 dossiers)	
	Nb.	Fréquence	Nb.	Fréquence	Nb.	Fréquence
ISSUE DE LA GROSSESSE DE 1970 (critère de référence)	84		31		53	
Contractilité utérine — TOTAL	32	38%	17	54%	15	28%
Contractilité utérine — avant 28 semaines	17	20%	7	23%	10	19%
Contractilité utérine — apres 28 semaines	15	18%	10	32%	5	9%

Diagramme de l'influence du critère sur l'issue de la grossesse de 1970

(un diagramme décalé vers la gauche, par rapport au critère de référence, correspond à un critère néfaste)

Pourcentage, sur l'ensemble des dossiers satisfaisant au critère,

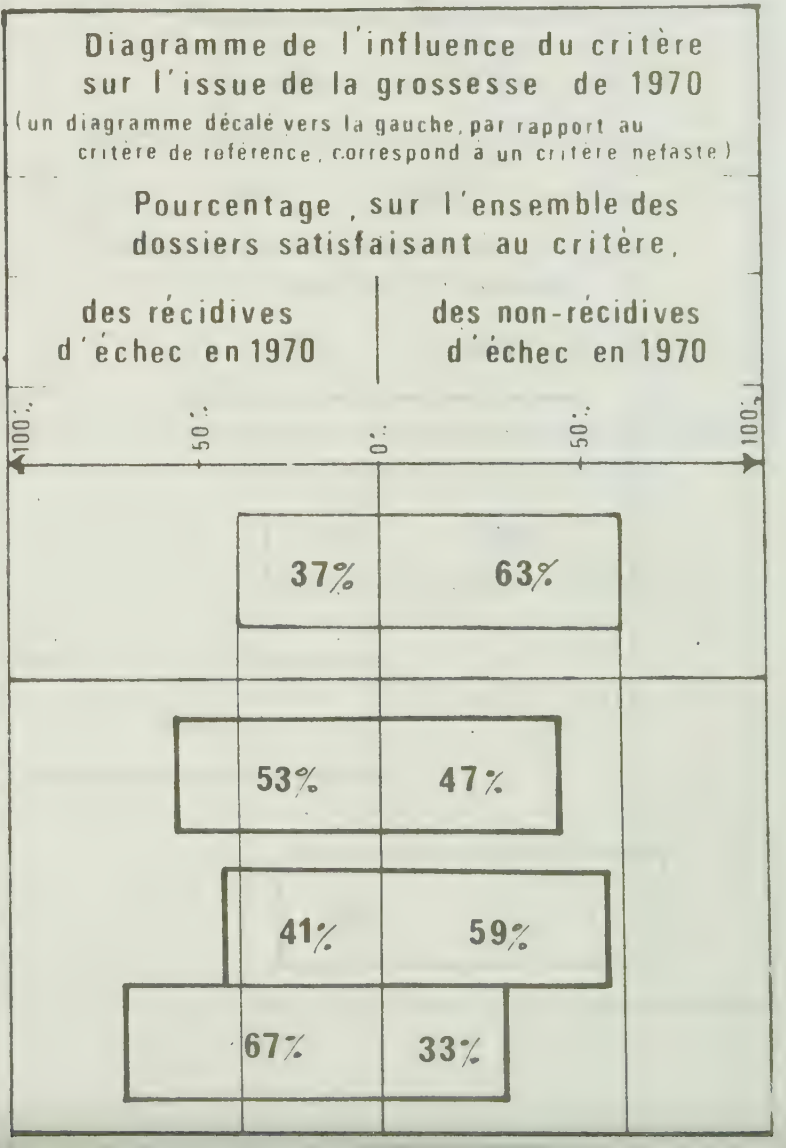


Tableau V (fin)

Métrorragie	Avant 14 semaines	12	14%	6	19%	6	11%
	Entre 14 et 28 semaines	7	8%	3	10%	4	8%
	Apres 28 semaines	4	5%	3	10%	1	2%
	TOTAL	23	27%	12	39%	11	21%
FORTE PRISE DE POIDS		41	49%	13	42%	28	57%
CHUTE DE POIDS BRUTALE		5	6%	5	16%	0	
DYSGRAVIDIE		14	17%	4	13%	10	19%

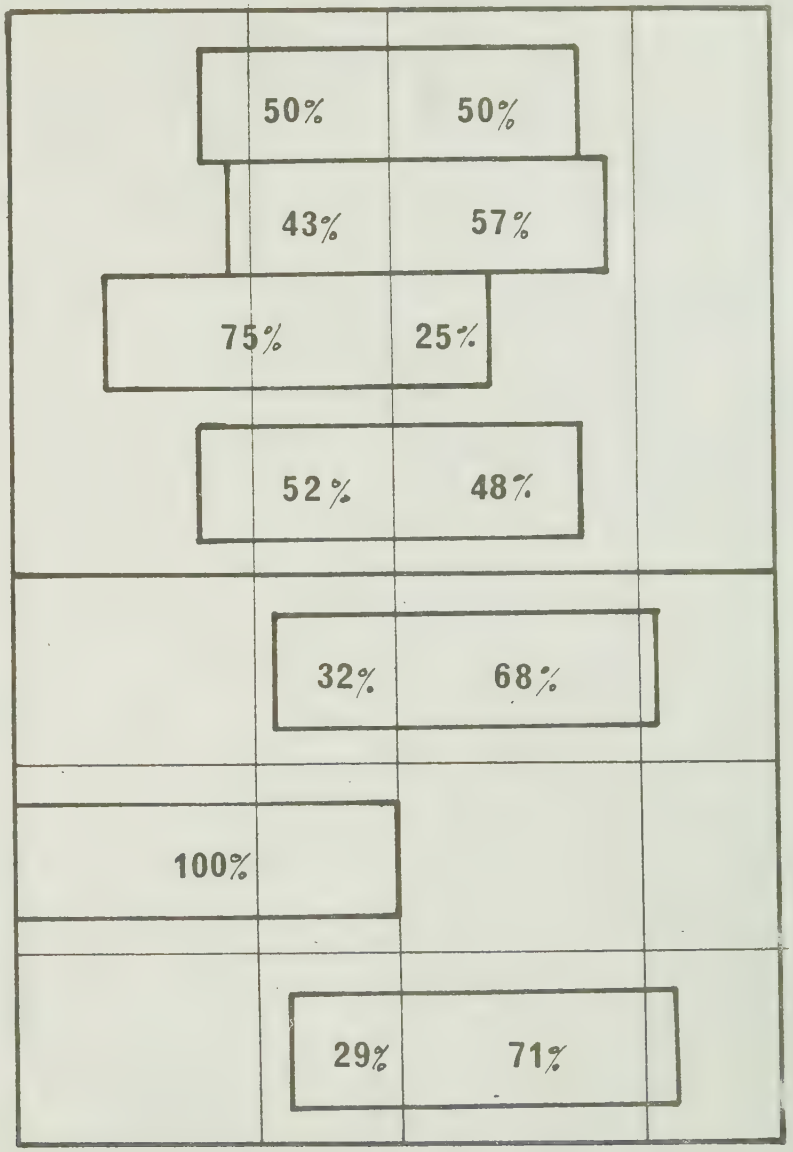


TABLEAU VI :

PRONOSTIC EN FONCTION DES ANOMALIES CLINIQUES OBSERVEES PENDANT LA GROSSESSE DE 1970

Les résultats de l'examen du col ont une grande valeur pronostique. Sont particulièrement aggravants :

- un raccourcissement du col surtout s'il est précoce.
- un col béant ou porteur d'une incisure (il s'agit là d'une note qui n'est pas habituellement recherchée)

Par contre, les infections cervicales n'ont pas eu d'influence notable mais nous savons qu'elles ont été systématiquement traitées.

Les malformations utérines (utérus cordiforme ou cylindrique) apparaissent comme défavorables; l'influence d'une malformation de type cylindrique a été jusqu'ici peu décrite dans la littérature. Malgré le peu d'effectif rencontré, il semble que la présence de fibrome soit défavorable.

Enfin, le pronostic est aggravé par les anomalies du développement utérin lorsqu'ils sont associés à une cause de malnutrition foetale; le seul cas d'utérus trop développé correspond probablement à un Hydramnios.

Tableau VI

Pronostic en fonction des anomalies cliniques observées pendant la grossesse de 1970

Critère		Tableau récapitulatif des cas où le critère considéré est satisfait. Ensemble des 84 dossiers étudiés		répartition entre, récidives d'échec (31 dossiers)		non-récidives (53 dossiers)	
		Nb.	Fréquence	Nb.	Fréquence	Nb.	Fréquence
ISSUE DE LA GROSSESSE DE 1970 (critère de référence)		84		31		53	
Développement de l'utérus	H.U. faible	6	7%	3	10%	3	6%
	H.U. forte	1	1%	1	3%	0	

Diagramme de l'influence du critère sur l'issue de la grossesse de 1970

(un diagramme decalé vers la gauche par rapport au critère de reference correspond à un critère nefaste)

Pourcentage, sur l'ensemble des dossiers satisfaisant au critère,

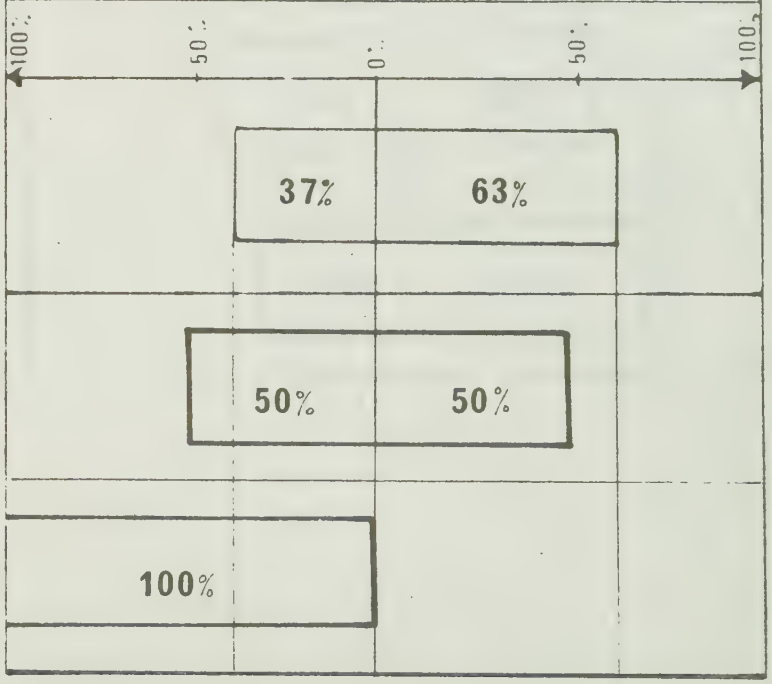


Tableau VI (suite)

Examen du col	Raccourcissement Avant 14 semaines	6	7%	4	13%	2	4%
	Entre 14 et 28 semaines	8	10%	4	13%	4	8 %
	Apres 28 semaines	29	35%	13	42%	16	30 %
	Col perméable à l'orifice interne	8	10%	4	13%	4	8%
	Incisure du col	6	7%	3	10%	3	6%
	Exocervicite	20	24%	8	26%	12	23%

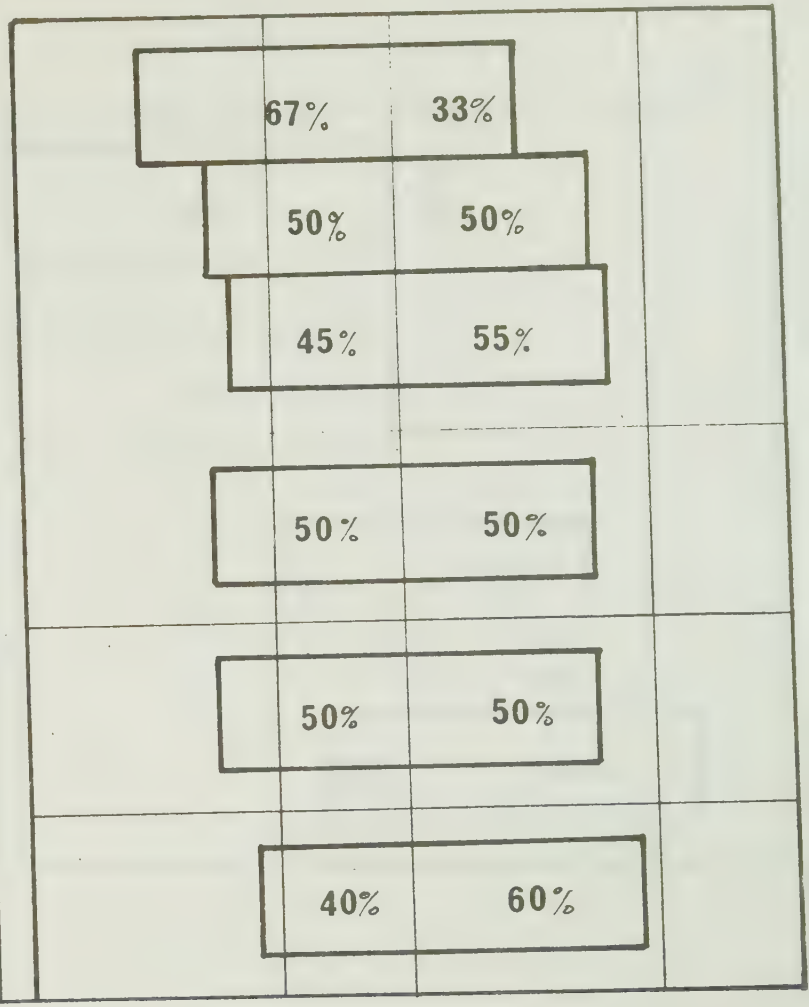


Tableau VI (fin)

Morphologie utérine	UTÉRUS CORDIFORME	2	2%	2	6%	0	
	UTÉRUS CYLINDRIQUE	2	2%	2	6%	0	
	UTÉRUS PORTEUR DE MYOMES	4	5%	2	6%	2	4%
	UTÉRUS RÉTROVERSÉ	5	6%	1	3%	4	8%

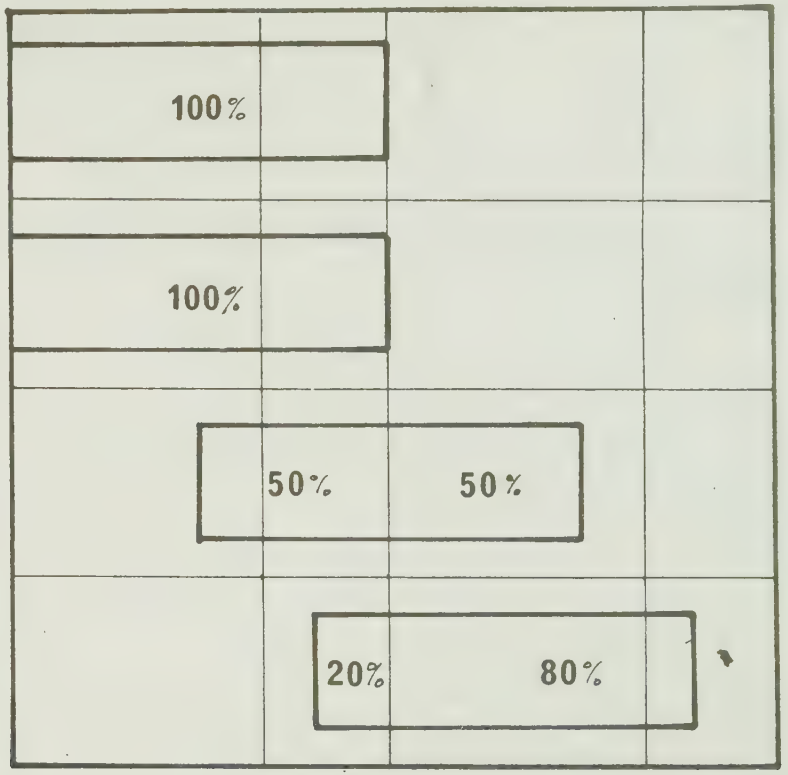


TABLEAU VII :

PRONOSTIC EN FONCTION DES ANOMALIES
DECELEES PAR LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Les résultats figurant dans ce tableau concordent avec ce que l'on sait de l'influence des causes permanentes ou accidentelles de prématurité (insuffisance rénale, maladie Rhésus, placenta praevia, etc..)

A noter qu'un taux de prégnandiol anormal en début de grossesse n'a pas de caractère péjoratif si ce n'est qu'il peut retarder un cerclage éventuel. Par contre, la baisse d'oestriol au troisième terme s'est toujours avérée correspondre à une souffrance foetale.

Tableau VII

Pronostic en fonction des anomalies décelées par les examens complémentaires

Dans les diagrammes, les nombres entre parenthèses et les parties grisées correspondent au pourcentage d'anomalies décelées, sur l'ensemble des examens complémentaires demandés

Critère		Tableau récapitulatif des cas où le critère considéré est satisfait.					
		Ensemble des 84 dossiers étudiés		répartition entre,			
				récidives d'échec (31 dossiers)		non-récidives (53 dossiers)	
		Nb.	Fréquence	Nb.	Fréquence	Nb.	Fréquence
ISSUE DE LA GROSSESSE DE 1970 (critère de référence)		84		31		53	
BILAN RÉNAL	demandé	14	17%	7	23%	7	13%
	anormal	4	5%	4	13%	0	
HYPERGLYCÉMIE PROVOQUÉE	demandée	7	8%	2	6%	5	9%
	anormale	0					

Diagramme de l'influence du critère sur l'issue de la grossesse de 1970

(un diagramme décalé vers la gauche, par rapport au critère de référence, correspond à un critère néfaste)

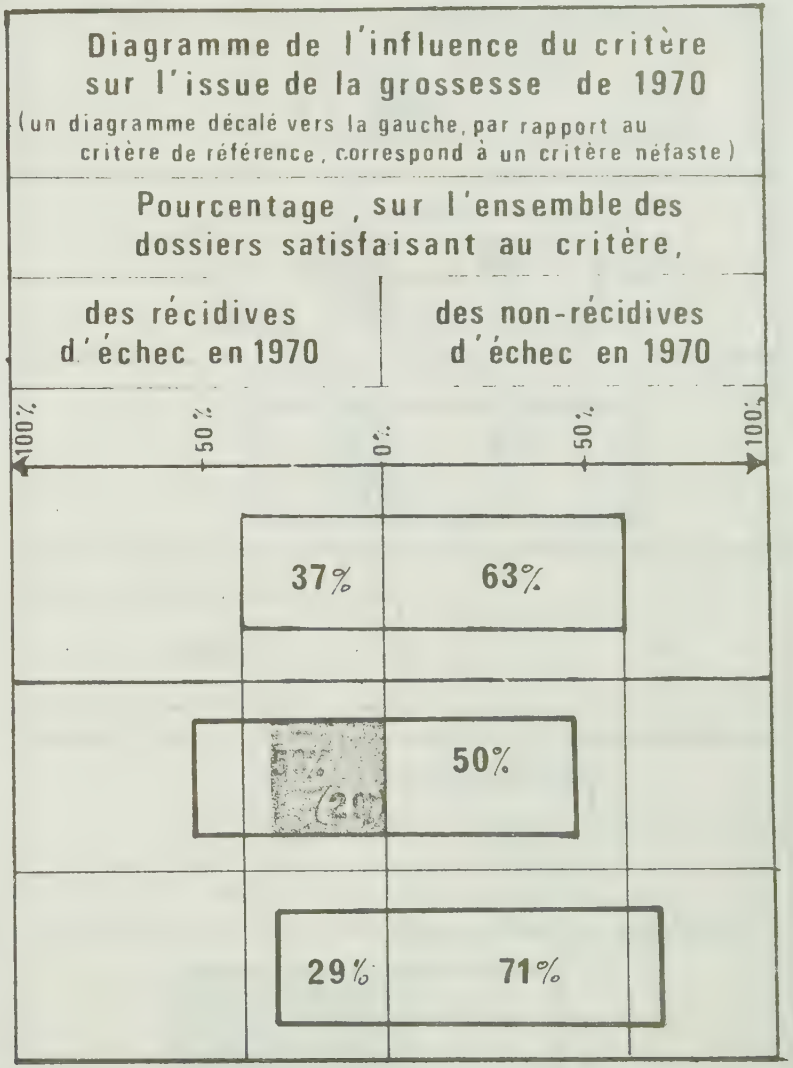


Tableau VII (fin)

Dosages hormonaux	AVANT 14 SEMAINES	demandés	20	24%	5	16%	15	28%
		anormaux	1	1%	0		1	2
	ENTRE 14 et 28 SEMAINES	d	17	20%	4	13%	13	25%
		a	2	2%	1	3%	1	2%
	APRES 28 SEMAINES	d	17	20%	8	26%	9	17%
		a	2	2%	2	6%	0	
RECHERCHE d'ISO-IMMUNISation		d	16	19%	6	19%	10	19%
		a	3	4%	3	10%	0	
AMNIOCENTHÈSE		d	4	5%	4	13%	0	
		a	0					
AMNIOSCOPIE		d	6	7%	3	10%	3	6%
		a	0					
LOCALISATION PLACENTAIRE		d	5	6%	3	10%	2	4%
		a	3	4%	3	10 %	0	

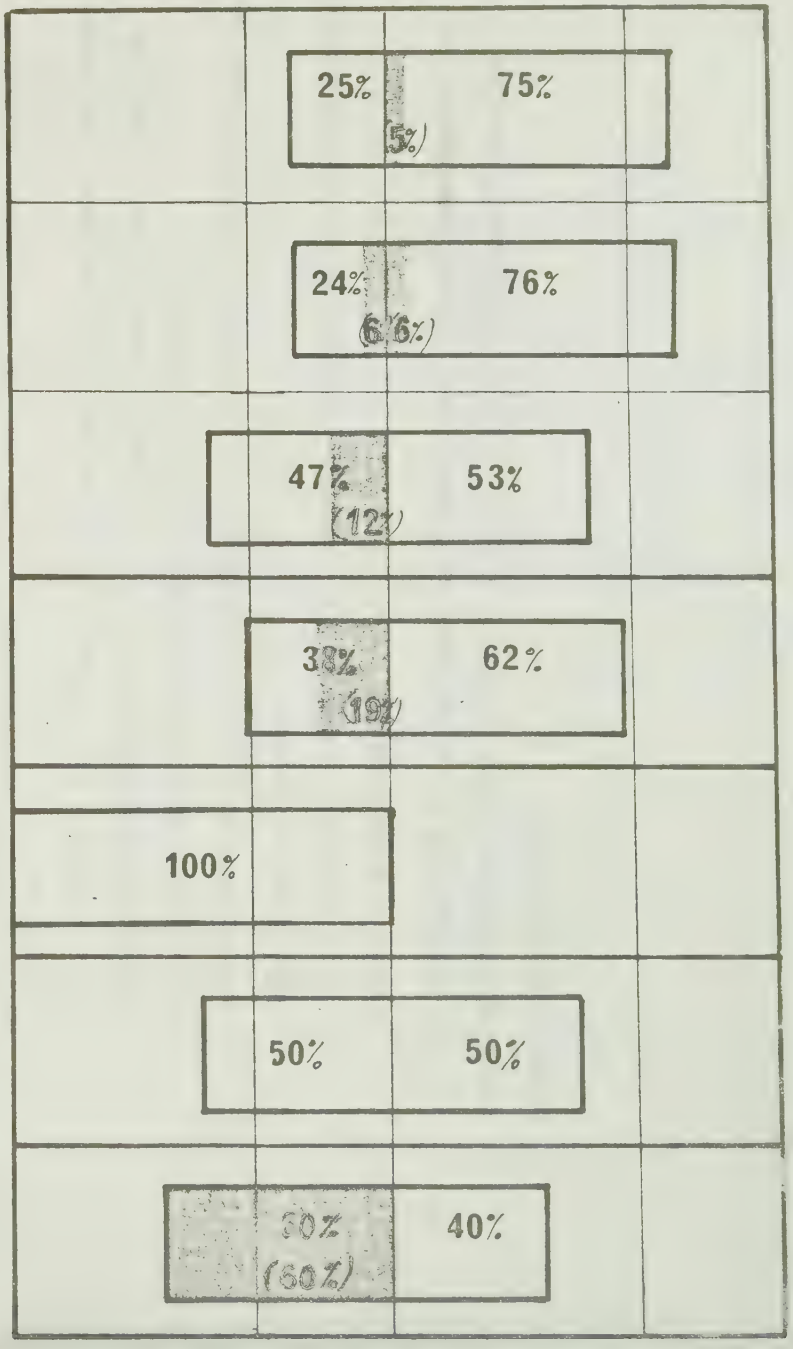


TABLEAU VIII :

INFLUENCE DES TRAITEMENTS.

Il est difficile de juger globalement de l'influence des traitement car deux faits peuvent biaiser les résultats :

- les antécédents ; les signes cliniques et paracliniques et dont les traitements ont été très divers et sont donc peu comparables.
- il a pu y avoir des défauts d'observation des prescriptions, qu'ils aient été le fait du praticien ou de sa patiente.

C'est ainsi que l'on constate que :

- les taux de récidive de prématurité chez les femmes hospitalisées tardivement sont élevés :
  cela signifie seulement que l'on hospitalise des cas particulièrement graves.
- la nécessité d'un repos précoce signe également la présence d'anomalies précoces; les mauvais résultats obtenus ne prouvent donc pas l'inefficacité du traitement.
- de même les mauvais résultats obtenus par le traitement anti-hypertenseur signifient qu'ils correspondent à des prescriptions rendues nécessaires par des insuffisances rénales graves.
- inversement les hauts taux de succès obtenus avec les traitements diurétiques ou les régimes hyposodés sont liés au caractère mineur des dysgravidies traitées.
- le traitement antispasmodique est d'autant plus efficace qu'il est plus précoce.
- le traitement hormonal n'apporte aucune protection particulière sur la grossesse.

L'efficacité du cerclage, thérapeutique propre aux anomalies locales utérines, sera commentée dans l'étude des insuffisances cervico-isthmiques.

Tableau VIII

Influence des traitements

Critère		Tableau récapitulatif des cas où le critère considéré est satisfait. Ensemble des 84 dossiers étudiés		répartition entre, récidives d'échec (31 dossiers)		non-récidives (53 dossiers)	
		Nb.	Fréquence	Nb.	Fréquence	Nb.	Fréquence
ISSUE DE LA GROSSESSE DE 1970 (critère de référence)		84		31		53	
Cerclage	Avant le 3e mois	7	8%	3	10%	4	8%
	Pendant le 3e mois	11	13%	6	19%	5	9%
	Apres le 3e mois	5	6%	2	6%	3	6%

Diagramme de l'influence du critère sur l'issue de la grossesse de 1970

(un diagramme decale vers la gauche par rapport au critere de reference correspond a un critere nefaste)

Pourcentage, sur l'ensemble des dossiers satisfaisant au critère,

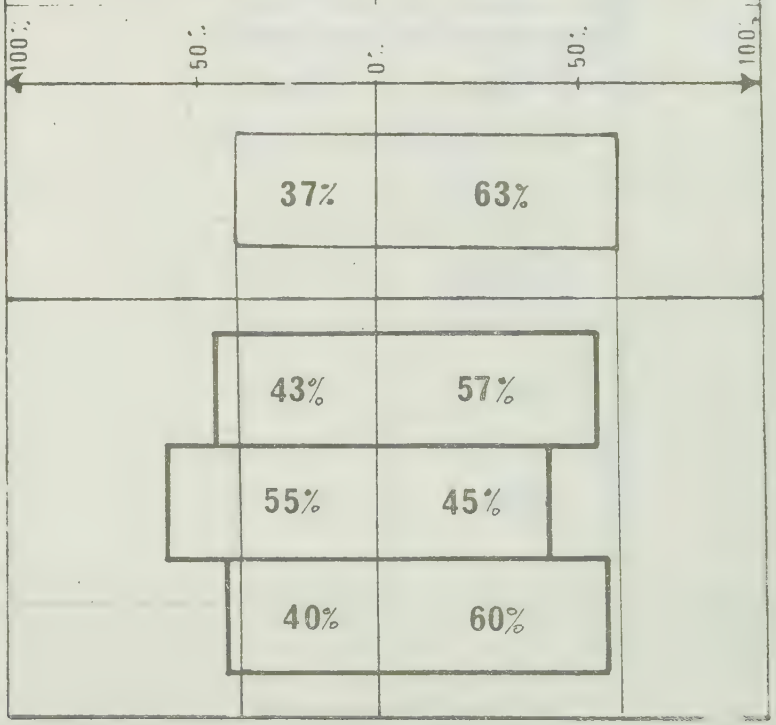


Tableau VIII (suite)

Traitement hormonal	Avant 14 semaines	12	14%	4	13%	8	15%
	Entre 14 et 28 semaines	14	17%	5	16%	9	17%
	Après 28 semaines	13	15%	5	16%	8	15%
Traitement anti-spasm.	Avant 28 semaines	20	24%	8	26%	12	23%
	Après 28 semaines	29	35%	15	48%	14	26%
Repos prescrit	Avant 14 semaines	9	11%	5	16%	4	8%
	Entre 14 et 28 semaines	28	33%	11	35%	17	32%
	Apres 28 semaines	41	49%	17	54%	24	45%

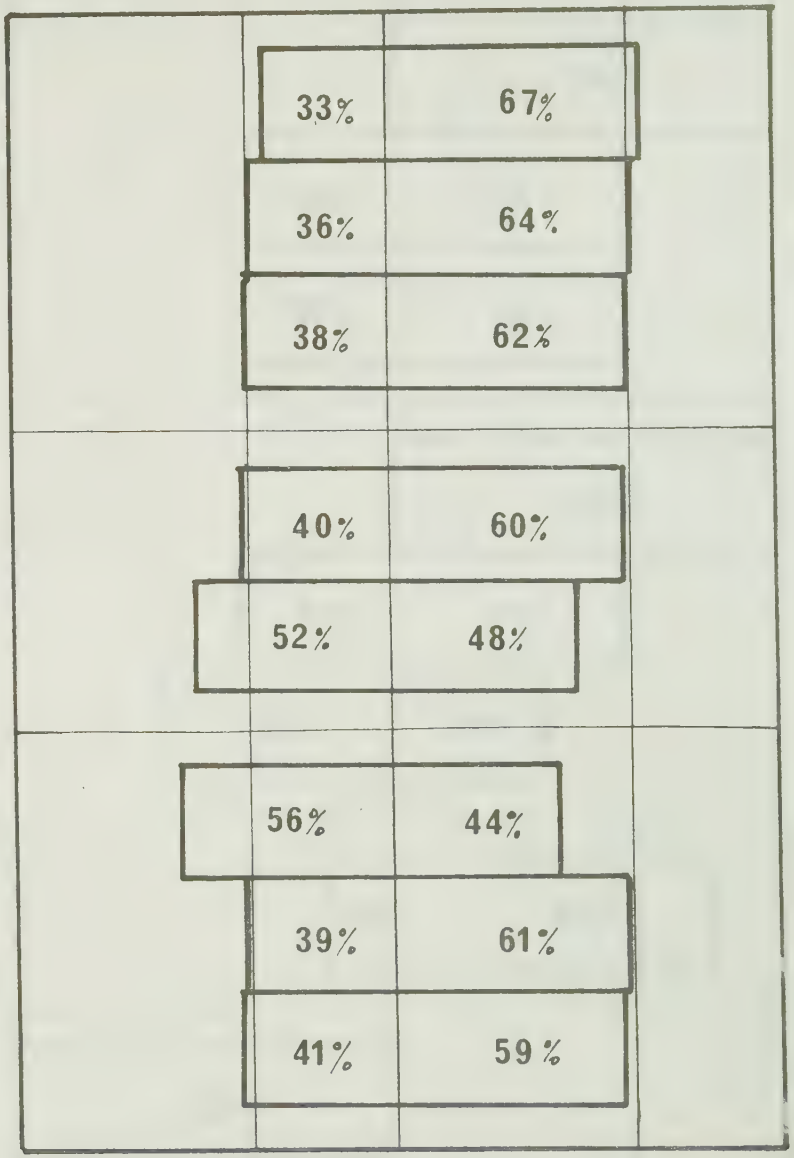


Tableau VIII (fin)

Régime hypo-sodé	Avant 14 semaines	2	2%	0		2	4%
	Entre 14 et 28 semaines	13	15%	5	16%	8	15%
	Après 28 semaines	13	15%	5	16%	8	15%
Hospitalisation	Avant 14 semaines	1	1%	0		1	2%
	Entre 14 et 28 semaines	5	6%	2	6%	3	6%
	Après 28 semaines	28	33%	17	54%	11	21%
DIURÉTIQUES		11	13%	2	6%	9	17%
TRAITEMENT ANTI-H.T.A.		2	2%	2	6%	0	

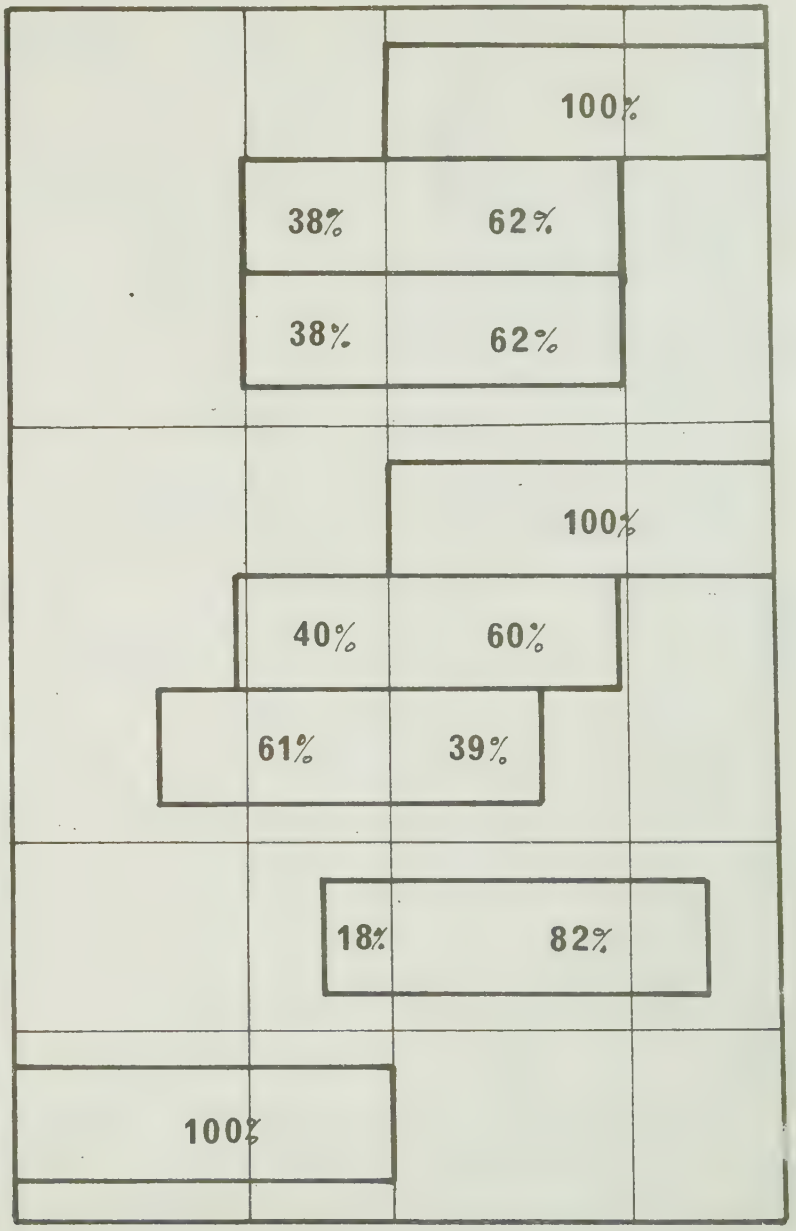


TABLEAU IX :

INFLUENCE DE LA SURVEILLANCE

Ce tableau nous semble le plus important. Il démontre de façon évidente qu'une première consultation tardive augmente considérablement le pronostic de prématurité. Notons de plus que nous nous sommes référés à la première consultation à PORT-ROYAL, ce qui n'exclut pas que la patiente ait consulté ailleurs antérieurement : ceci prouve l'intérêt qu'il y a à faire suivre les grossesses à haut risque en milieu spécialisé.

De plus, on voit que les résultats s'améliorent avec le nombre de consultations; mais ce résultat est biaisé par le fait que les femmes qui ont accouché prématurément, ont étalé leurs consultations sur une période moins longue : Incidemment, cette remarque montre un aspect paradoxal de la surveillance obligatoire des grossesses : une femme qui accouche avant 32 semaines n'a été tenue légalement qu'à deux visites.

Tableau IX

Influence de la surveillance .

Critère		Tableau récapitulatif des cas où le critère considéré est satisfait.					
		Ensemble des 84 dossiers étudiés		répartition entre,			
				récidives d'échec (31 dossiers)		non-récidives (53 dossiers)	
		Nb.	Fréquence	Nb.	Fréquence	Nb.	Fréquence
ISSUE DE LA GROSSESSE DE 1970 (critère de référence)		84		31		53	
PREMIERE CONSULTATION A PORT-ROYAL	AVANT 14 SEMAINES	51	61%	12	39%	39	74%
	ENTRE 14 ET 28 SEMAINES	15	18%	8	26%	7	13%
	APRES 28 SEMAINES	14	17%	8	26%	6	11%

Diagramme de l'influence du critère sur l'issue de la grossesse de 1970

(un diagramme décalé vers la gauche, par rapport au critère de référence, correspond à un critère néfaste)

Pourcentage, sur l'ensemble des dossiers satisfaisant au critère,

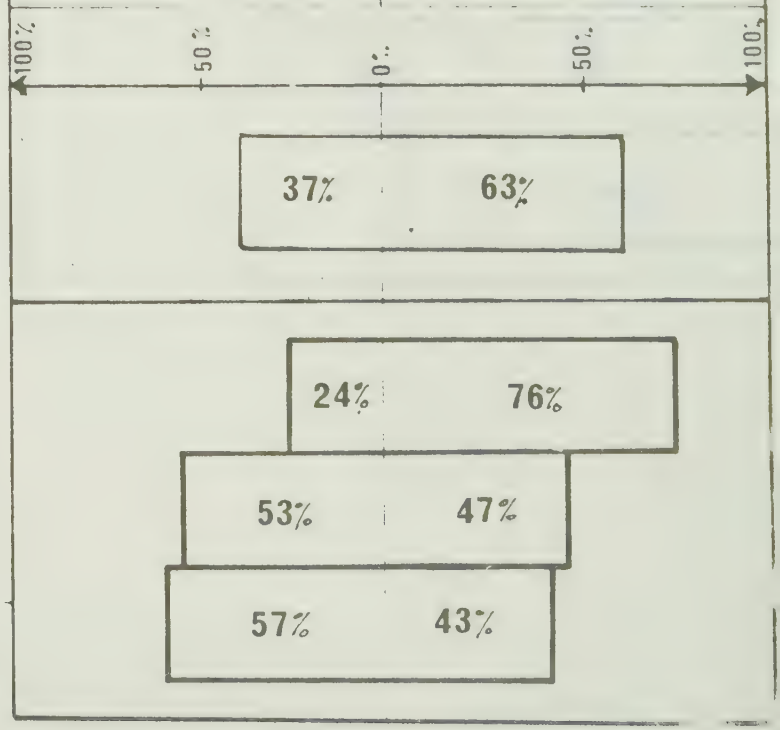
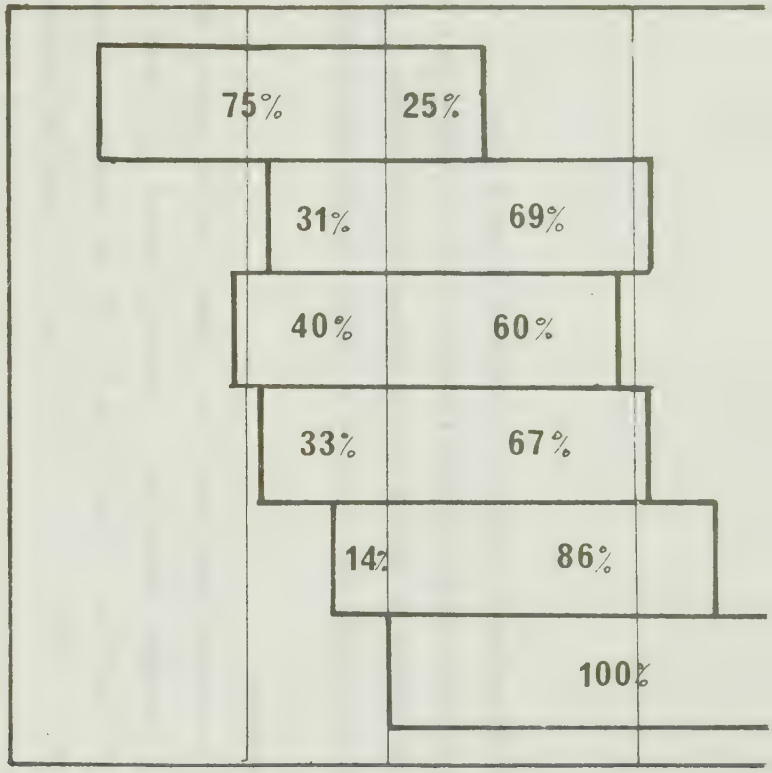


Tableau IX (fin)

Nombre de consultations							
De 0 à 2	16	19%	12	39%	4	8%
3 ou 4	13	15%	4	13%	9	17%
5 ou 6	20	24%	8	26%	12	23%
7 ou 8	15	18%	5	16%	10	19%
9 ou 10	14	17%	2	6%	12	23%
11 ou plus	6	7%	0		6	11%



Au cours de la première partie de cette étude, qui visait à évaluer la valeur prédictive d'un certain nombre de facteurs, il nous est apparu une variable extrêmement discriminante :

- certains sont liés à :
  - . cicatrice hystérotomie
  - . petite taille
  - . traumatisme thérapeutique
  - . présentation à risque.
- d'autres sont plus purement obstétricaux
  - . cycles irréguliers
  - . interventions utérines (myomectomie, cicatrice, utérus cloisonné, chirurgie cervicale)
  - . antécédents gynécologiques et infectieux
  - . col paraît d'insuffisance.

Tous nous semblent avoir une valeur prédictive en dehors des accidents utérins, tel qu'il résulte de l'interrogatoire fait lors de la première consultation pour une nouvelle grossesse.

- Les antécédents obstétricaux utérins se répercutent rarement, de même que celles pour lesquelles on n'avait pas pu poser de diagnostic.
- Par contre, les affections maternelles ayant un retentissement local sont toutes des facteurs de prématurité. Toutes ces affections étaient décelables en fin de première consultation.
- Enfin, à ce même stade de la surveillance, si des anomalies locales utérines pouvaient, de façon plus ou moins certaine, être suspectées.

On voit donc l'intérêt qu'il y a à faire systématiquement le premier interrogatoire au début d'une nouvelle grossesse : les modifications cliniques ou paracliniques qui apparaîtront au cours de celle-ci, sont souvent déjà prévisibles à ce stade.

Toutefois, au cours de la surveillante, il peut apparaitre certains facteurs aggravants non prévisibles :

- on connait déjà :
  - la contractilité utérine
  - col béant ou raccourci
  - facteurs accidentels:
    par exemple métrorragie tardive, signe de placenta praevia
- nous y ajoutons :
  - métrorragie précoce
  - utérus cordiforme ou cyclindrique
  - chute de poids brutale

Enfin cette première partie de l'étude nous a montré l'intérêt qu'il y a à faire suivre les grossesses à haut risque en milieu spécialisé sans attendre des manifestations irréversibles de prématurité.

Toutefois, cette étude chiffrée a des limites,du fait même de la méthode employée : nous avons en effet jugé défavorable un facteur sur le seul fait qu'il était plus fréquent dans les récidives d'échecs que sur la moyenne des dossiers. Trois sources d'erreurs peuvent donc avoir faussé les résultats :

- au niveau de la saisie des données : le codage est parfois imprécis, certains renseignements ont pu être oubliés sur les dossiers
- au niveau de la méthode statistique : notre analyse suppose que les facteurs sont indépendants ce qui ne saurait constituer qu'une première approximation.
- au niveau de la définition de l'échec : on a pu mettre fin prématurément à certaines grossesses où le risque foetal in utero était important.

ANALYSE DES DOSSIERS DES PATIENTES DONT LA GROSSESSE EN 1970, S'EST SOLDEE PAR UNE RECIDIVE DE PREMATURITE

(Etude des récidives de prématurité, dossier par dossier)

Globalement, nous avons classé les dossiers de récidive de prématurité, en catégories, selon la nature de l'échec et les possibilités de prévention de ce nouvel accident.

lere Catégorie :

8 récidives de prématurité se sont avérées être inévitables dans l'état actuel des connaissances et techniques.

- soit qu'il soit apparu une anomalie de type accidentel lors de la grossesse suivie en 1970 (placenta praevia, hématome rétroplacentaire, etc..)
- soit qu'il existait une affection grave responsable de malnutrition foetale ne permettant pas une issue normale de la grossesse (hypertension artérielle permanente, maladie Rhésus)

Parmi ces 8 patientes, 4 ont plusieurs antécedents de prématurité.

N° 919 : Hématome rétro-placentaire.

Antécédents :

Néphropathie avec hypertension artérielle permanente.
Césarienne à 28 semaines pour hématome rétro-placentaire : enfant mort-né.
1 accouchement terme dépassé : enfant mort-né.

Grossesse suivie :

lere consultation à 28 semaines.

Hypotrophie foetale; dosages hormonaux normaux.

Repos prescrit au lit pendant toute la grossesse.

Hospitalisation à 32 semaines : bilan rénal perturbé.

Césarienne à 35 semaines : hématome rétro-placentaire en voie de constitution.

Enfant hypotrophique 1600 g, vivant.

N° 1431 : Hématome rétro-placentaire(cause permanente générale probable)

Béance probable.

Antécédents :

Petite taille, classe sociale basse.

1 accouchement prématuré au terme de 36 semaines.

Rupture prématurée des membranes, travail rapide.

Enfant hypotrophique, vivant.

Grossesse suivie :

lere consultation à 10 semaines.

Col court, cerclage à 14 semaines.

Revient à 30 semaines pour accoucher d'un enfant mort-né : hématome rétro-placentaire.

N° 1416 : Dysgravidie surajoutée :

Antécédents :

- une myomectomie
- un accouchement prématuré en terme de 28 semaines. enfant hypotrophique, décédé.
- un mort in utero (dysgravidie) : accouchement à terme.
- Diagnostic de néphropathie avec hypertension artérielle permanente.

Grossesse suivie :

Hospitalisée d'emblée à 32 semaines, pour hypotrophie foetale : dosages hormonaux normaux.

Chute de poids brutale.

Césarienne à 32 semaines pour souffrance foetale : mort-né pesant ?

N° 173 : Dysgravidie surajoutée et béance probable.

Antécédents :

- petite taille
- Insuffisance rénale et hypertension artérielle permanente
- Un avortement spontané à 12 semaines, curetté.
- Un accouchement prématuré à 37 semaines, enfant pesant 2000g, bien portant.

Grossesse suivie :

- 1ere consultation à 33 semaines, adressée pour hypertension à 20/11 et contractilité utérine. Femme au repos complet depuis la 20e semaine.
- utérus mal développé, d'aspect cordiforme
- traitement antispasmodique et antihypertenseur
- Accouchement spontané à 34 semaines, d'un enfant hypotrophique vivant pesant 1500g.
- Révision utérine : cavité asymétrique.

N° 800 : Placenta praevia

Antécédents :

- Un accouchement au terme de 31 semaines, enfant vivant.

Grossesse suivie :

1ere consultation à 28 semaines.

Suivie en ville. Vient pour métrorragies.

Hospitalisation. Sort sur sa demande au bout de 2 jours.

Nouvelle hospitalisation pour métrorragies.

Césarienne à 35 semaines pour placenta praevia central.

Enfant vivant pesant 2500 g.

N° 777 : Placenta Praevia

Antécédents :

1 accouchement prématuré au terme de 36 semaines.

Enfant vivant.

Grossesse suivie :

1ere consultation à 12 semaines.

Métrorragies à 32 semaines : hospitalisation.

Chute de poids brutale.

Rupture prématurée des membranes un peu avant l'entrée en travail.
Accouchement à 36 semaines d'un enfant vivant pesant 2500g.
Placenta praevia marginal.

N° 1935 : Placenta praevia

Antécédents :

- petite taille
- 1 accouchement prématuré à 36 semaines, enfant décédé
- 1 césarienne à 32 semaines pour placenta praevia : enfant décédé
- 2 accouchements normaux à terme (césarienne pour utérus cicatriciels).

Grossesse suivie :
1ere consultation à 12 semaines.
Rien à signaler jusqu'à 28 semaines où a lieu une hémorragie : hospitalisation.
Césarienne à 36 semaines pour placenta praevia
enfant vivant pesant 2600 g

N° 292 : Maladie Rhésus et béance.

Antécédents :
1 avortement spontané cureté à 10 semaines
1 accouchement prématuré en terme de 35 semaines; travail très rapide, enfant bien portant.
1 accouchement prématuré au terme de 31 semaines
Rupture prématurée des membranes;
Membranes hyalines Stade I, anémie grave par incompatibilité Rhésus. Enfant décédé.
Grossesse suivie :
1ere consultation à 12 semaines
Isoimmunisation Rhésus croissante.
Cerclage à 14 semaines, en raison des antécédents; col court avant 28 semaines.
La hauteur utérine stagne à 26 semaines, ainsi que les dosages hormonaux.
Accouchement à 30 semaines d'un mort in utero.

La pathologie rencontrée chez ces 8 patientes se résume comme suit en :

- 2 hématomes rétro-placentaires
- 2 dysgravidies surajoutées
- 3 placenta praevia dont un récidivant
- 1 maladie Rhésus grave

3 d'entre elles avaient probablement une béance associée.

Ces grossesses pathologiques ont donné naissance, malgré une surveillance très sérieuse à :

- 2 enfants morts-nés
- 1 mort in utero
- 2 enfants hypotrophiques vivants bien portants.
- 3 enfants vivants bien portants.

2eme catégorie :

"2 prématurés provoqués", (césariennes préventives)

N° 258 :

Antécédents :

1 césarienne à terme pour siège
1 accouchement prématuré à 30 semaines
Métrorragies à 24 semaines : enfant décédé.
Hystérographie : malformation utérine mineure.

Grossesse suivie :

Col court, cerclage à 14 semaines et repos prescrit.
Utérus cordiforme, fibrome du fond et présentation du siège.
Césarienne à 37 semaines en début de travail. Enfant vivant, pesant 3200 g.

N° 353 :

Antécédents :

1 accouchement prématuré à 30 semaines. Enfant bien portant.
1 accouchement prématuré à 32 semaines; césarienne pour placenta praevia
Enfant décédé (exsanguino transfusion car problème isoimmunisation.

Grossesse suivie :

Grossesse normale, jusqu'à 28 semaines.
Agglutinines stables; taux croissant à partir de 28 semaines.
Hospitalisation à 36 semaines pour amniocentèse; césarienne à 36 semaines.
Enfant vivant pesant ?

Il est évident que ces deux derniers résultats sont des succès; la prématurité, d'intérêt secondaire dans ces cas, est de toute façon minime. Elle aurait été évitée si les dosages des lécithines et sphyngomyeline avait été pratiqué.

La 3eme catégorie de patientes considérées, concerne celles chez qui la surveillance a été de mauvaise qualité.
En l'absence d'autres renseignements, l'insuffisance de la surveillance apparait comme la cause principale d'échec.

Parmi ces 9 patientes, 4 viennent la lere fois à PORT-ROYAL à l'occasion de leur accouchement; ces 4 grossesses n'ont donc jamais été suivies par nous.

N° 843 : Chute dans un escalier la veille de l'accouchement.

Antécédents :
Aucun renseignement sur l'accouchement prématuré antérieur, à 36 semaines :
Grossesse suivie :
Aucun renseignement concernant cette grossesse; vient pour la la lere fois à PORT-ROYAL, en début de travail à 34 semaines : chute dans un escalier, la veille;
Accouchement d'un enfant vivant, pesant 2600 g.

N° 313 : Béance possible.
Antécédent :

Accouchement prématuré à 32 semaines;
aucun renseignement; mère célibataire.
Grossesse suivie :
Vient pour accoucher à 32 semaines, enfant bien portant pesant 2600 g.
Un repos avait été prescrit au lit à 28 semaines pour col très raccouroi.

N° 1.215 : Béance probable.

Antécédents :

Accouchement prématuré à 28 semaines, d'un enfant décédé.

Existence de métrorragies au 1er trimestre de la grossesse.

Grossesse suivie :

Vient pour accoucher à 28 semaines, d'un enfant de 910 g, décédé.

Métrorragies et contractilité utérine notées à partir de la 14eme semaine.

N° 554 : (béance)

Antécédents :

3 avortements spontanés dont 2 tardifs avec embryon vivant.

Isthmoraphie.

Accouchement prématuré à 28 semaines avec rupture prématurée des membranes et travail très rapide : enfant décédé.

Béance sur l'hystérographie.

Grossesse suivie :

Vient pour accoucher à 30 semaines : enfant décédé pesant 1820 g.

Cerclage fait ailleurs à 14 semaines.

Traitement de Duvadilan à partir de 28 semaines.

Pour les 5 autres patientes de cette catégorie on note :

- soit une surveillance insuffisante de leur grossesse (vues trop tard ou trop peu)
- soit des prescriptions mal observées.

N° 844 : Béance possible

Antécédents :

1 accouchement prématuré à 30 semaines, chez une femme débile et mère célibataire.

Pas de renseignement concernant la grossesse et l'accouchement.

Grossesse suivie :

1ere consultation à 31 semaines

Col court et béant.

Rupture des membranes un jour avant le début du travail.

Accouchement à 32 semaines d'un enfant vivant pesant 2000 g.

N° 1.021 : béance possible.

Antécédents :

Bas niveau socio-économique

Nombreuses grossesses à terme.

un mort in utero

un prématuré de 32 semaines

un prématuré de 36 semaines.

Grossesse suivie :

1ere consultation à 12 semaines

Utérus contractile à partir de 28 semaines

Refuse l'hospitalisation proposée à 30 semaines pour un col très raccourci.

Accouchement à 34 semaines d'un enfant vivant pesant 2300g.

N° 329 : béance probable

Antécédents :

petite taille, bas niveau socio-économique

un accouchement prématuré à 30 semaines.

2 avortements spontanés tardifs, l'un à 14 semaines, le 2eme à 24 semaines.

Grossesse suivie :

Une seule consultation à 24 semaines

cerclage fait ailleurs à 23 semaines.

Vient pour accoucher à 32 semaines, enfant vivant pesant 2300 g; rupture prématurée des membranes.

N°760 : béance probable

Antécédents :

3 avortements provoqués

1 accouchement prématuré à 30 semaines, enfant décédé.

1 avortement spontané tardif.

Grossesse suivie :

1ere consultation à 12 semaines.

Métrorragie; dosages hormonaux normaux.

Cerclage fait à 21 semaines.

Sort sur sa demande le lendemain du cerclage.

Col court à 28 semaines

Repos prescrit, non observé.

Rupture prématurée des membranes 2 jours avant l'entrée en travail.
Température à 40°
Accouchement à 35 semaines d'un enfant bien portant pesant 2200 g.

N° 821 :

Antécédents :

2 accouchements prématurés à 36 semaines. Enfants bien portants.

Grossesse suivie :

1ere consultation à 28 semaines;
Col mi-long, porteur d'une incisure.
Accouchement à 37 semaines, d'un enfant vivant pesant 2800g.

Toutes les femmes de cette catégorie sont d'un bas niveau socio-économique.
Parmi ces 9 grossesses dont la surveillance est insuffisante, 8 se sont interrompues avant 36 semaines;
Bien souvent, les rares renseignements ne nous permettant pas d'assurer une probable réussite dans de meilleures conditions;

- la béance était certaine ou probable chez les patientes, ayant justifié 3 cerclages dont 2 ont été faits tardivement.
- 3 autres patientes ont des antécédents peu spécifiques, mais devant la survenue précoce d'anomalies évocatrices d'Insuffisance Cervico-isthmique, il est douteux qu'un interrogatoire ait été fait soigneusement, qui aurait permis une meilleure prévention.
- 1 patiente vient pour accoucher le lendemain d'une chute.
- 1 dernière, vue peu souvent et tardivement, dont la prématurité est limite à chaque grossesse, présente comme seule anomalie un col porteur d'incisure.

Il est remarquable que plus la 1ere consultation est tardive plus l'échec est important :

Parmi les 4 femmes venues la 1ere fois, à l'occasion de leur accouchement, deux ont perdu leur enfant peu après la naissance.
Ces résultats démontrent une fois de plus la nécessité d'une surveillance précoce et en milieu spécialisé; pour ces femmes ayant déjà accouché prématurément.

La dernière catégorie de patientes est particulièrement importante.
C'est en effet celle où, malgré une surveillance de bonne qualité, on an enregistré un échec souvent grave, dû à 1 cause théoriquement curable : l'insuffisance cervico-isthmique.

Nous nous sommes donc penchés plus attentivement sur ces dossiers pour voir s'il s'agit de gravité au-dessus de nos ressources, ou si un autre facteur est apparu que nous n'avons su déceler, pu prévenir ou guérir.
12 patientes entrent dans cette catégorie.
Parmi elles huit ont accouché avant la 35 eme semaine
On note une béance et une malformation utérine (n° 1148 et 1680) de diagnostics hystérographiques.
6 béances probables d'après les antécédents très évocateurs (n° 680, 73, 175, 1066, 1233 et 1794).

N° 1680 : Béance à l'hystérographie.

Antécédents :
- Ovariectomie pour kyste de 1 ovaire.
- un accouchement à terme : enfant bien portant, pesant 3700 g.
- 2 avortements spontanés à 6 et 10 semaines dont la 2eme a été cureté.
- 1 accouchement prématuré à 32 semaines. Enfant décédé. Isoimmunisation Rhésus
- Hystérosalpingographie : diagnostic de béance.

Grossesse suivie :
Col court à 10 semaines; cerclage à 10 semaines.
Repos complet prescrit, traitement hormonal et antispasmodique.
Agglutinines, à 1/64 e imposant une amniocenthèse à 32 semaines : hospitalisation de 8 jours.
Accouchement à 34 semaines. Rupture prématurée des membranes.
Enfant de 2800g bien portant.

On note à 20 semaines, qu'un chef du fil de cerclage coupe le col :
échec relatif du cerclage.

N° 1.148 :

Bas niveau socio économique, petite taille.
Un mort in utero à 28 semaines, expulsé à 34 semaines.
un accouchement prématuré à 33 semaines, listériose; enfant décédé.
Hystérographie : hémi utérus droit.

Grossesse suivie :
1ere consultation à 20 semaines, moins de 1 an après la précédente grossesse : tout est normal.
Repos prescrit pendant toute la grossesse.
A 28 semaines, col très court, béant.
Utérus d'aspect cylindrique, non contractile.
Cerclage envisagé à 33 semaines, non fait : col effacé
Traitement hormonal, antispamodique et hospitalisation.
Accouchement à 34 semaines d'un enfant bien portant pesant 2250 g.

Absence de cerclage, mais les antécédents sont trompeurs (listériose) malgré l'existence de malformation utérine.

N° 1.066 : Béance probable

Antécédents :
- un accouchement prématuré au terme de 34 semaines; enfant décédé; pyelonéphrite peu avant l'accouchement, révision utérine faite 4 heures après.
- 1 accouchement prématuré à 28 semaines, enfant vivant, avec séquelles neurologiques : retard de langage.
- 1 avortement spontané à 24 semaines, curetté.

Grossesse suivie :
- Cerclage à 12 semaines.
- Arrêt de travail à 17 semaines jusqu'à la fin de la grossesse
- Utérus contractile à partir de 20 semaines.
  Traitement hormonal et antispamodique.
  Hospitalisation à 26 semaines pour douleurs pelviennes et col raccourci; la hauteur utérine est à 28 cm à 28 semaines; la numération sanguine : 3.500.000 hématies, 12000 polynucléaires.
  L'examen cyto-bactériologique des urines est négatif; il existe une importante exocervicite à trichomonas.
  Décerclage à 28 semaines, car la poche des eaux bombe fortement.

Accouchement très rapide d'un enfant pesant 1500 g à 28 semaines. Vivant. Le travail a duré 10 minutes.

La hauteur utérine trop élevée pour le terme et la poche des eaux bombantes évoquent l'existence d'un hydramnios.

N° 73 : Béance probable

Antécédents :
45 ans et petite taille.
4 avortements provoqués, 2 curetages
1 accouchement prématuré à 28 semaines; enfant vivant.

Grossesse suivie :
Métrorragie à 10 semaines; dosages hormonaux normaux.
Col court. Traitement hormonal; cerclage à 14 semaines.
Chute de poids à 28 semaines et grippe à 30 semaines;
Col court et contractions utérines : traitement antispasmodique
Hospitalisation à 32 semaines car la poche des eaux bombe : on note que le fil de cerclage ne ferme pas complètement le col et qu'il a lâché.
Accouchement à 33 semaines, d'un enfant de 2500g; vivant.
Echec relatif du cerclage

N° 175 : béance probable et pathologie surajoutée.

Antécédents :
- un accouchement à terme; travail rapide, forceps pour aider la rotation : enfant de 4000 g vivant. Révision utérine. Infections urinaires pendant la grossesse.
- un accouchement prématuré à 33 semaines, enfant décédé.
- Métrorragies à 12 semaines, travail rapide. Voyage précédent de peu l'accouchement et infection urinaire pendant la grossesse.

Grossesse suivie :
Col court à 10 semaines. Cerclage à 12 semaines.
Métrorragies et contractions utérines pendant la 2eme trimestre : dosages normaux.
Infections urinaires récidivantes de 22 semaines jusqu'à 30 semaines contrôlées par de nombreux examens cytobactériologiques et

compte d'Addis.
Traitement prolongé.
Chute de poids à 32 semaines.
Contractions utérines et col raccourci, béant; exocervicite.
Hospitalisation à 32 semaines.
Accouchement à 34 semaines d'un enfant vivant, hypotrophique pesant 1700 g.
Dysmaturité par infections urinaires.
Pathologie rénale surajoutée à une béance probable.

N° 680 :

Antécédents :
- bas niveau socio-économique, obésité, petite taille,
- 4 avortements provoqués, dont 2 à 18 semaines, curetés.
- 4 accouchements prématurés entre 30 et 32 semaines; 3 enfants décédés; la dernière grossesse a été cerclée à 26 semaines.
- 1 hémorragie de la délivrance : révision utérine.

Grossesse suivie :
Col court à 12 semaines. Cerclage à 14 semaines.
Douleurs pelviennes, rythmées pendant le 2eme trimestre; examen cyto-bactériologique des urines : résultat négatif; méconnaissance probable d'un utérus contractile : ni repos, ni traitement prescrit.
Chute de poids brutale précédent de peu l'entrée en travail.
Accouchement à 28 semaines d'un enfant bien portant pesant 1500 g.
Rupture des membranes 3 jours avant l'entrée en travail.
Contractions utérines méconnues du praticien et influence d'une chute de poids.

N° 1.754 :

Antécédents :
- bas niveau socio-économique, petite taille.
- 4 accouchements à terme; césarienne pour le 4eme dont l'indication n'a pas été précisée.
- 1 accouchement prématuré à 30 semaines : enfant vivant; retard psycho moteur
- 3 avortements spontanés dont un à 23 semaines.
  2 curetages.

Grossesse suivie :

1ere consultation à 14 semaines

Pas de cerclage fait malgré les antécédents.

Utérus contractile et col très court à 28 semaines.

Repos prescrit au lit (impossible)

Traitement hormonal et antispasmodique.

Hospitalisation à 29 semaines.

Accouchement à 30 semaines d'un enfant vivant pesant 1700 g : membrane hyaline Stade I.

Enfant bien portant.

Défaut de cerclage

N° 1.233 :

Antécédents :

Bas niveau socio-économique

1 accouchement prématuré à 34 semaines

Enfant décédé (cerclage à 32 semaines)

1 accouchement à 28 semaines, enfant décédé.

1 accouchement à 38 semaines : repos au lit pendant toute la grossesse.

2 hémorragies de la délivrance, 2 révisions utérines.

2 avortements spontanés à 10 semaines.

Grossesse suivie :

Incisure du col,

Utérus cordiforme.

Repos prescrit pendant toute la grossesse.

Hospitalisation aux 2e et 3e trimestres pour contractilité utérine et col très court.

Traitement antispasmodique et hormonal,

Accouchement à 35 semaines, enfant vivant pesant 2400g.

Rupture prématurée des membranes.

Travail très rapide.

Défaut de cerclage.

Il est facile de constater qu'à chaque cas décrit correspond, soit une pathologie surajoutée ou une affection intercurrente que nous n'avons pu éviter ou guérir!

- les infections urinaires récidivantes (probablement pathologie urinaire préexistente)
- hydramnios probable
  - soit une carence thérapeutique.
- 2 échecs relatifs du cerclage.
- 3 défauts de cerclage.
- une méconnaissance de contractions utérines par le praticien.

Nous ne savons quelle est l'influence de la chute de poids précédent de peu l'accouchement chez 3 des patientes.

Les prématurités graves enregistrées sont donc dûes :

- pour l'un d'entre eux à une cause permanente.
- pour un autre à une cause accidentelle.
- pour les 6 derniers à une carence de thérapeutique.

Toutefois, ces échecs sont relatifs et tous les enfants sont vivants.

Les 4 patientes restant, également bien surveillées, ont accouché après la 35eme semaine; Elles avaient des prématurités légères dans leurs antécédents et ceux-ci étaient moins évocateurs d'insuffisance cervico-isthmiques.

N° 1.411 :

Antécédents :

1 avortement spontané à 10 semaines, curetté.
1 accouchement prématuré à 36 semaines, enfant décédé.
1 avortement spontané à 10 semaines.
1 accouchement prématuré à 36 semaines : enfant bien portant.

Grossesse suivie :

Métrorragies à 14 semaines.
Incisure du col et exocervicite à trichomonas à 28 semaines.
Col très court à 32 semaines : hospitalisation.
Accouchement à 37 semaines d'un enfant pesant 2700 g. bien portant.
Travail très rapide : 3 heures.

Problème d'un col porteur d'incisure avec des antécédents peu évocateurs d'insuffisance cervico-isthmique : le cerclage est-il nécessaire ?

N° 1.068 :

Antécédents : Obésité

1 accouchement à 32 semaines, enfant bien portant.
Fatigue pendant la grossesse et utérus contractile.

Grossesse suivie :

Accouchement précédent très rapproché.
Col raccourci à 16 semaines, court et effacé, à 34 semaines.
Traitement hormonal pendant le 2eme et 3eme trimestre.
Repos dès le 1er trimestre; au lit à partir de 28 semaines.
Accouchement à 37 semaines, d'un enfant bien portant pesant 3000 g.

N° 1.726 :

Antécédents :

Bas niveau socio économique
3 avortements provoqués, dont 2 curetés.
1 accouchement prématuré au terme de 36 semaines.
Repos prescrit pendant le 2eme et 3eme trimestre pour utérus contractile et col raccourci : enfant vivant.

Grossesse suivie :

Métrorragie à 10 semaines : dosages hormonaux normaux, col court, perméable à l'orifice externe à 16 semaines; court et déhiscent à 28 semaines.
Contractilité utérine pendant le 2eme trimestre
Repos prescrit pendant toute la grossesse.
Traitement hormonal et antispasmodique au 2eme trimestre.
Exocervicite.
Rupture des membranes un jour avant l'entrée en travail;
Accouchement à 36 semaines d'un enfant pesant 2500 g, bien portant.

N° 357 :

Antécédents :

1 accouchement prématuré au terme de 35 semaines. Enfant vivant

Grossesse suivie :

Col court à 32 semaines.

Contractions utérines notées à partir de la 32eme semaine.

Repos au lit et traitement antispasmodique pendant le 3eme trimestre.

Accouchement à 36 semaines d'un enfant pesant 2600 g .

Bien portant.

Il faut remarquer qu'aucune de ces 4 patientes n'a eu de cerclage; par contre les prescriptions de repos et traitement antispasmodiques ont été larges et précoces.

Les antécédents semblent démontrer la moindre gravité que précédemment de l'insuffisance cervico-isthmique, et les échecs sont très relatifs, puisque tous les enfants ont un poids de naissance supérieur à 2500 g et qu'ils sont tous vivants, bien portants.

CONCLUSION :

L'analyse dossiers par dossiers qui précède, montre que les récidives de prématurité sont dans nombre de cas, des échecs très relatifs :

- -on ne peut, en effet, parler d'échec quand la pathologie rencontrée implique d'interrompre prématurément une grossesse dont la prolongation eut été dangereuse pour le foetus (1ere et 2eme catégorie)
- -par contre, lorsque la thérapeutique visait à une prolongation de la grossesse et que ce but n'a pas été atteint, on remarque que dans tous les cas :
  - soit la surveillance a été insuffisante(chez des femmes de bas niveau socio économique)
  - soit il y a eu toujours carence thérapeutique ou méconnaissance diagnostique.

Ceci démontre de manière évidente, la nécessité d'une surveillance précoce de grossesse à haut risque en milieu spécialisé.

Deux points importants ressortent des deux premiers chapitres de cette étude : Globalement

les anomalies locales utérines représentent non seulement la majorité des causes du premier accident de prématurité (54 % soit 47 dossiers sur 84) mais surtout la majorité des causes de récidives : (74 % soit 23 dossiers sur 31).

A l'analyse des dossiers de récidive, une inconnue persiste, bien que l'on ait pu retrouver pour chaque cas la véritable cause de l'échec : il semble exister différents degrés de gravité de ces béances, et notre projet est d'essayer de mettre en évidence des signes que l'on pouvait considérer comme des alertes à la prématurité.

C'est pourquoi nous avons mené comme pour l'ensemble des dossiers, une enquête pronostique propre aux sous-groupes des anomalies locales utérines. Ce sont les dossiers figurant au Tableau IV, répondant au terme de

"Diagnostic établi d'anomalie locale"
"Diagnostic problable d'anomalie locale"
"Diagnostic possible d'anomalie locale"
'Diagnostic rétrospectif d'anomalie locale"

Les causes de prématurité étant communes, les éléments défavorables auront une valeur plus spécifique que lorsque ces causes étaient mêlées comme pour l'enquête précédente.

Un autre intérêt de cette étude consiste à comparer les fréquences d'apparition des antécédents dans le sous-groupe des anomalies locales utérines et dans l'ensemble des 84 dossiers. Une fréquence plus grande dans le sous-groupe amènera à considérer le facteur correspondant comme évocateur des insuffisances cervico-isthmiques.

Dans les commentaires de chaque tableau, nous précisons d'abord quels sont ces symptômes évocateurs d'insuffisance cervico-isthmique, puis nous indiquons quels sont les facteurs dont la présence, associée à une insuffisance cervico-isthmique conduit à un pronostic sensiblement différent de celui obtenu pour l'ensemble des dossiers.

Tableau X :

On retrouve plus fréquemment des Insuffisances cervico-isthmiques chez des femmes de petite taille.

On retrouve les mêmes influences aggravantes que celles trouvées en Tableau I, si ce n'est que l'effet des facteurs liés à la classe sociale s'atténue.

Tableau X

INSUFFISANCES CERVICO-ISTHMIQUES

Pronostic en fonction des critères MORPHOLOGIQUES , SOCIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES.

	Critère	Tableau récapitulatif des cas où le critère considéré est satisfait. Ensemble des 47 dossiers étudiés — Nb.	Fréquence	répartition entre, récidives d'échec (23 dossiers) — Nb.	Fréquence	non-récidives (24 dossiers) — Nb.	Fréquence
	ISSUE DE LA GROSSESSE DE 1970 (critère de référence)	47		23		24	
Morphologiques	AGE inférieur à 18 ans ou supérieur à 40 ans.	2	4 %	1	4 %	1	4 %
Morphologiques	POIDS INFERIEUR de 5 kg à la normale.	8	17	2	9 %	6	25
Morphologiques	POIDS SUPERIEUR de 5 kg à la normale.	6	13 %	3	13 %	3	12 %

Diagramme de l'influence du critère sur l'issue de la grossesse de 1970

(un diagramme décalé vers la gauche, par rapport au critère de référence, correspond à un critère néfaste)

Pourcentage, sur l'ensemble des dossiers satisfaisant au critère,

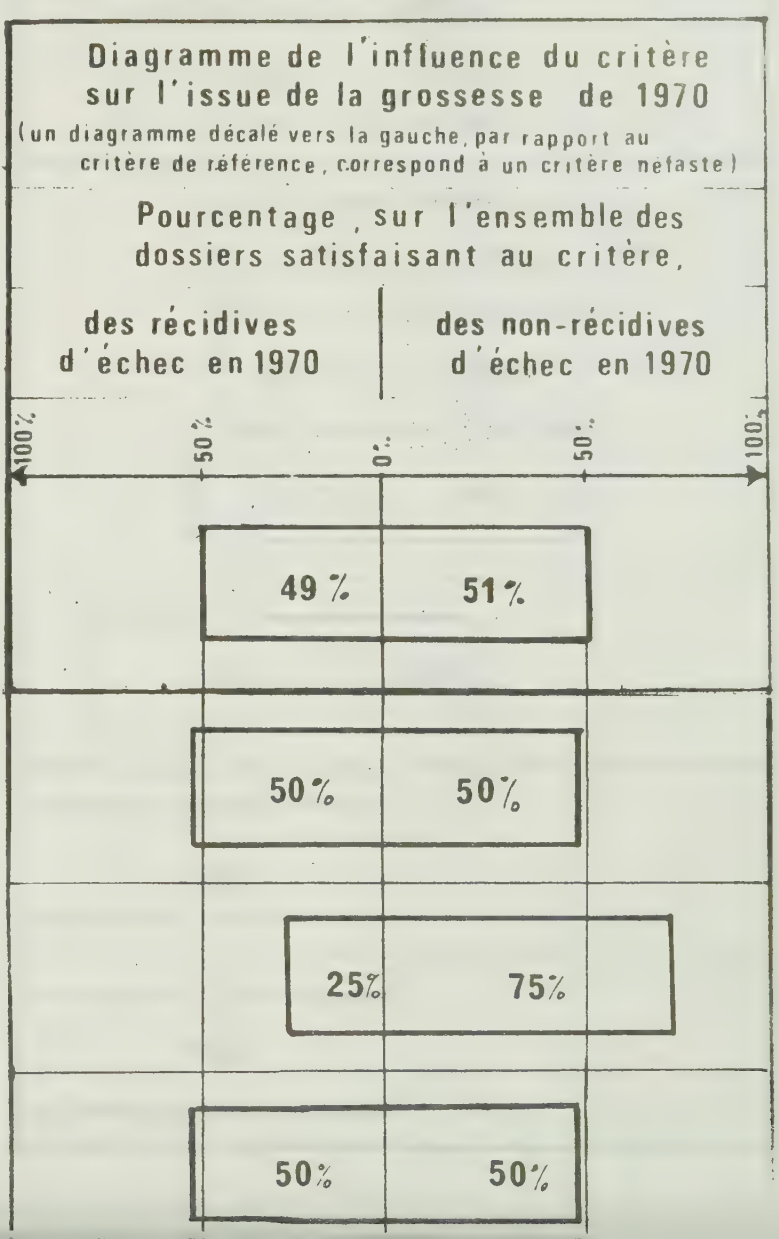


Tableau X (fin).

	TAILLE inférieure à 1,55 m.	11	23 %	8	35 %	3	12 %
Sociologiques	CLASSE SOCIALE						
	- SUPERIEURE	7	15 %	3	13 %	4	17 %
	- MOYENNE	17	36 %	8	35 %	9	37 %
	- INFERIEURE	23	49 %	12	52 %	11	46 %
	GROSSESSE ILLEGITIME	5	11 %	4	17 %	1	4 %
Pathologiques	Isoimmunisation Rh	3	6 %	3	13 %	0	
	PATHOLOGIE GENERALE	2	4 %	2	9 %	0	

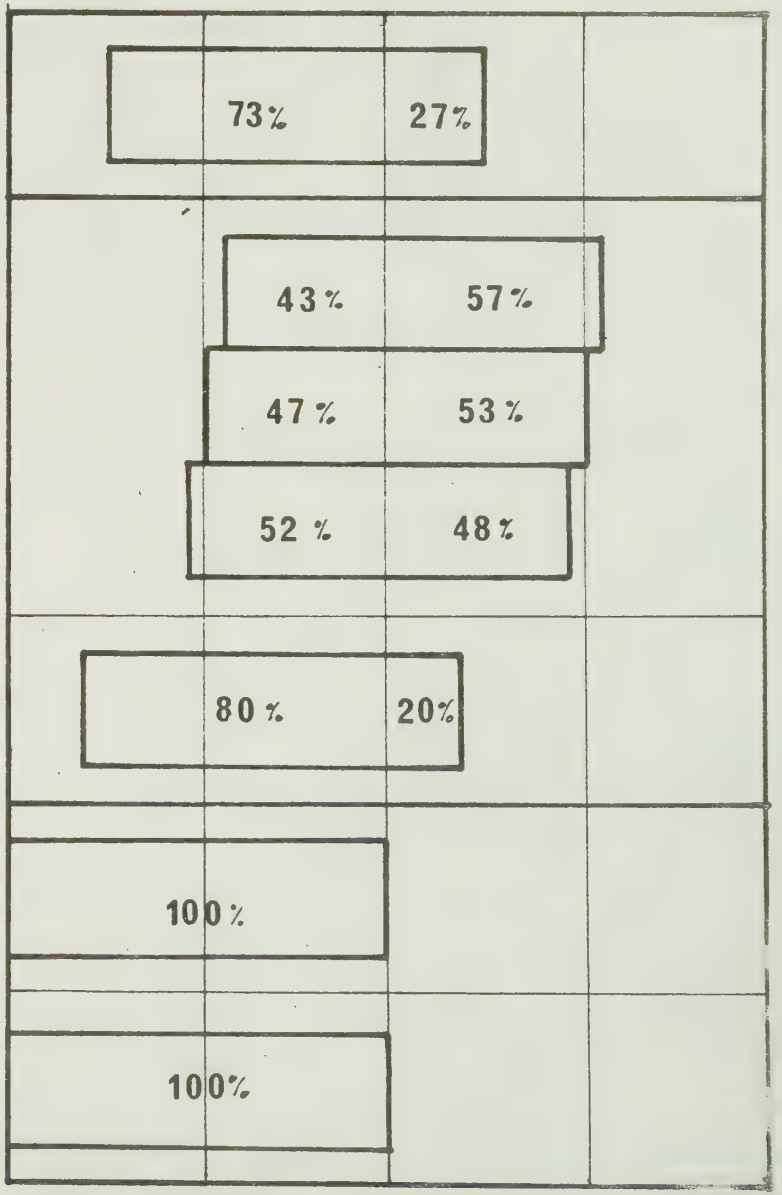


Tableau XI :

On retrouve plus fréquemment des Insuffisances cervico-isthmiques chez des femmes ayant subi des interventions utérines (myomectomie, révision utérine, délivrance artificielle) ou ayant eu des avortements répétés (spontanés ou provoqués)

On retrouve évidemment tous les cas d'antécédent de travail rapide et de rupture prématurée des membranes dans les sous-groupes des insuffisances cervico-isthmiques, puisque nous avons considéré ces antécédents comme évocateurs d'une cause locale.

Par contre, on note peu d'insuffisances cervico-isthmiques chez les femmes ayant subi des curetages : ce dernier résultat est assez étonnant.
En ce qui concerne l'influence aggravante de l'association des facteurs étudiés dans ce tableau avec les insuffisances cervico-isthmiques, on remarque que par rapport à l'ensemble des dossiers (résultats du tableau II) le pronostic est moins mauvais pour des antécédents de métrorragies et paradoxalement pour les grossesses rapprochées.

Tableau XI

INSUFFISANCES CERVICO-ISTHMIQUES

Pronostic en fonction des critères GYNECOLOGIQUES ET OBSTETRICAUX.

	Critère	Tableau récapitulatif des cas où le critère considéré est satisfait.					
		Ensemble des 47 dossiers étudiés		répartition entre,			
				récidives d'échec (23 dossiers)		non-récidives (24 dossiers)	
		Nb.	Fréquence	Nb.	Fréquence	Nb.	Fréquence
	ISSUE DE LA GROSSESSE DE 1970 (critère de référence)	47		23		24	
Gynécologiques	CYCLES IRRÉGULIERS	8	17%	5	22 %	3	12 %
Gynécologiques	INTERVENTION GYNÉCOLOGIQUE	3	6 %	2	9 %	1	4 %

Diagramme de l'influence du critère sur l'issue de la grossesse de 1970

(un diagramme décalé vers la gauche, par rapport au critère de référence, correspond à un critère néfaste)

Pourcentage, sur l'ensemble des dossiers satisfaisant au critère,

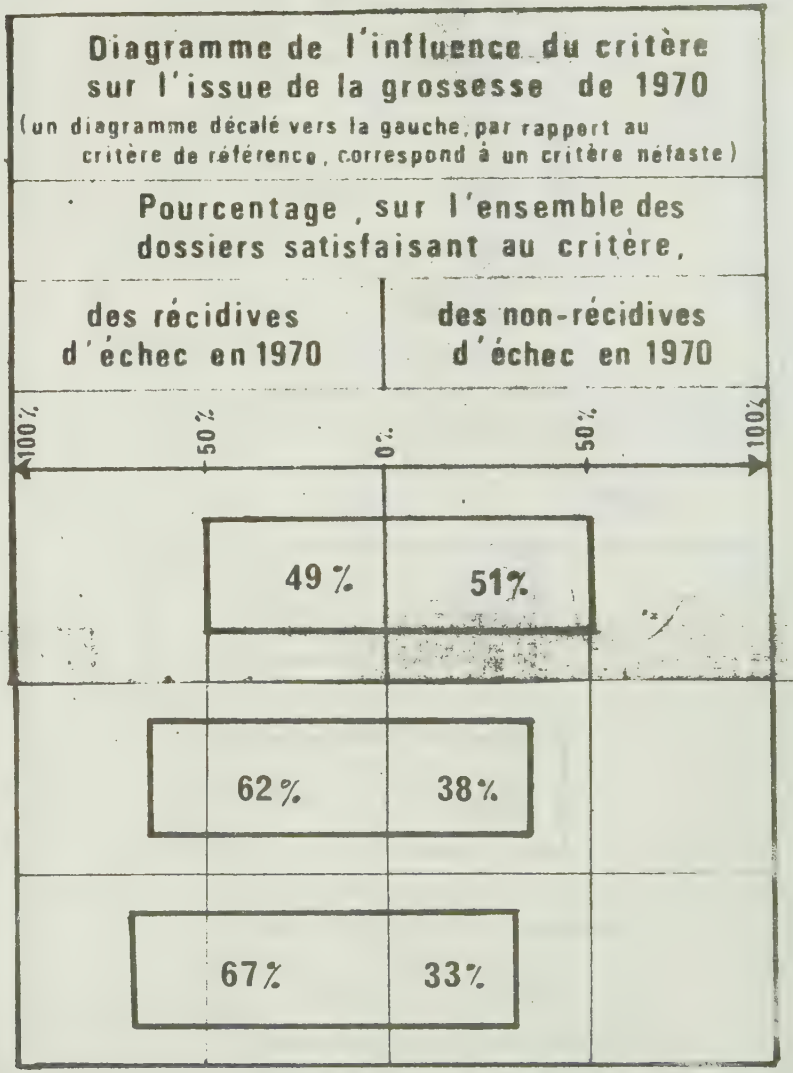


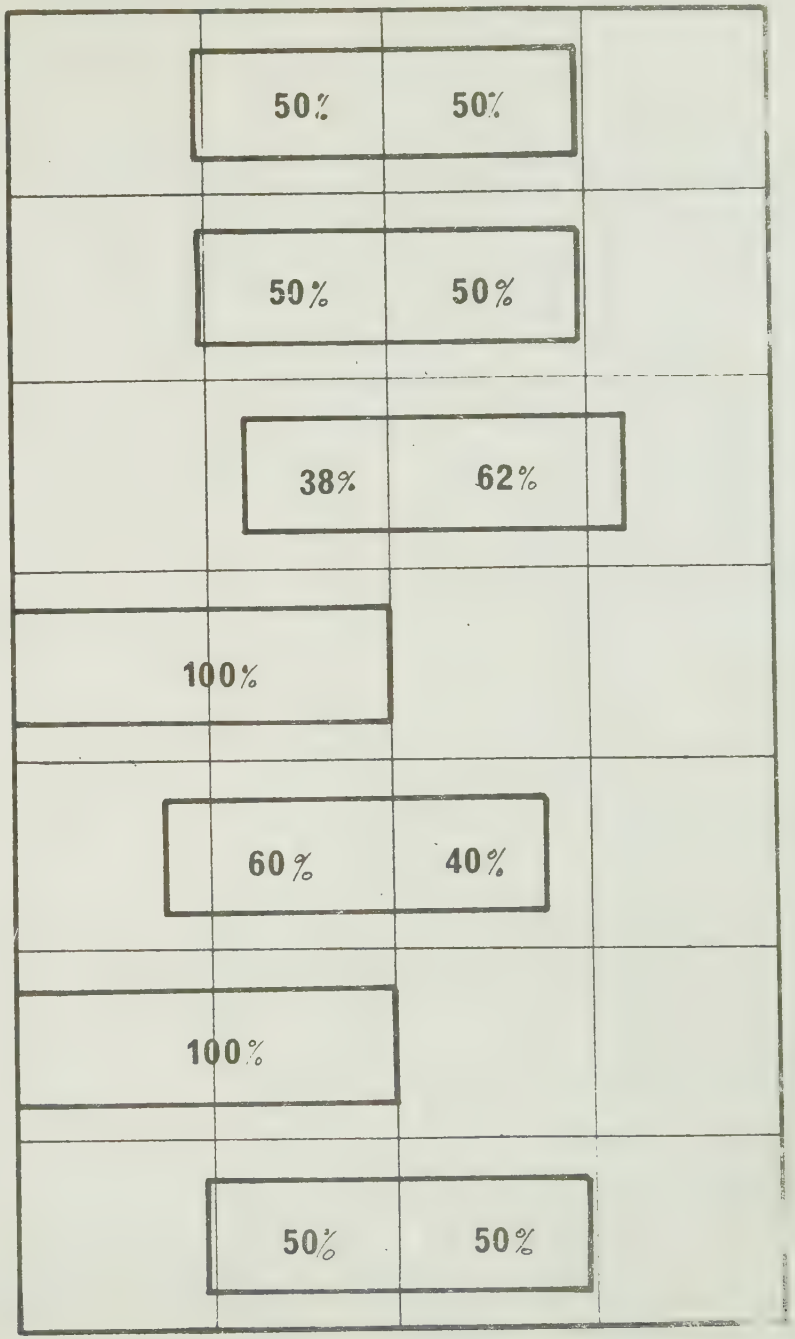
Tableau XI (suite).

Obstétricaux								
F.C.S.	Une seule	10	21%	5	22%	5	21%	50% 50%
	dont: après 3 mois	6	13%	2	9%	4	17%	33% 67%
	répétées	12	26%	7	30%	5	21%	58% 42%
	dont: une au moins après 3 mois	5	11%	4	17%	1	4%	80% 20%
F.C.P.	Une seule	4	9%	0		4	17%	100%
	Répétées	6	13%	4	17%	2	8%	67% 33%
CURETAGE		19	40%	11	48%	8	33%	58% 42%
METRORRAGIE pendant une grossesse antérieure		7	15%	3	13%	4	17%	43% 57%

Tableau XI (fin)

Critères obstétricaux (suite)

MENACES D'ACCOUCHEMENT PREMATURE	2	6%	1	4%	1	4%
RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES	6	13%	3	13%	3	12%
TRAVAIL RAPIDE	8	17%	3	13%	5	21%
FORCEPS	1	2%	1	4%	0	
CESARIENNE	5	11%	3	13%	2	8%
REVISION UTERINE OU DELIVRANCE ARTIFICIELLE	6	13%	6	26%	0	
GROSSESSES RAPPROCHEES	4	9%	2	9%	2	8%



Le tableau XII

Les insuffisances cervico-isthmiques sont évidemment plus fréquentes chez des femmes ayant accouché de gros enfants.

Les antécédents de prématurité répétés sont encore plus aggravants lorsqu'ils sont associés à une Insuffisance cervico-isthmique et tout particulièrement quand il s'agissait de prématurité précoce.

Tableau XII

INSUFFISANCES CERVICO-ISTHMIQUES

Pronostic en fonction des résultats des grossesses précédentes.

Critère		Tableau récapitulatif des cas où le critère considéré est satisfait.					
		Ensemble des 47 dossiers étudiés		répartition entre,			
				récidives d'échec (23 dossiers)		non-récidives (24 dossiers)	
		Nb.	Fréquence	Nb.	Fréquence	Nb.	Fréquence
ISSUE DE LA GROSSESSE DE 1970 (critère de référence)		47		23		24	
Nombre de prématurités	UNE SEULE - légère	10	21 %	4	17 %	6	25 %
	UNE SEULE - grave	28	60 %	13	57 %	15	63 %
	PLUSIEURS - toutes légères	1	2	0		1	4 %
	PLUSIEURS - certaines légères d'autres graves	3	6 %	2	9 %	1	4 %
	PLUSIEURS - toutes graves	5	11 %	4	17 %	1	4 %

Diagramme de l'influence du critère sur l'issue de la grossesse de 1970

(un diagramme decalé vers la gauche par rapport au critère de référence, correspond à un critère néfaste)

Pourcentage, sur l'ensemble des dossiers satisfaisant au critère,

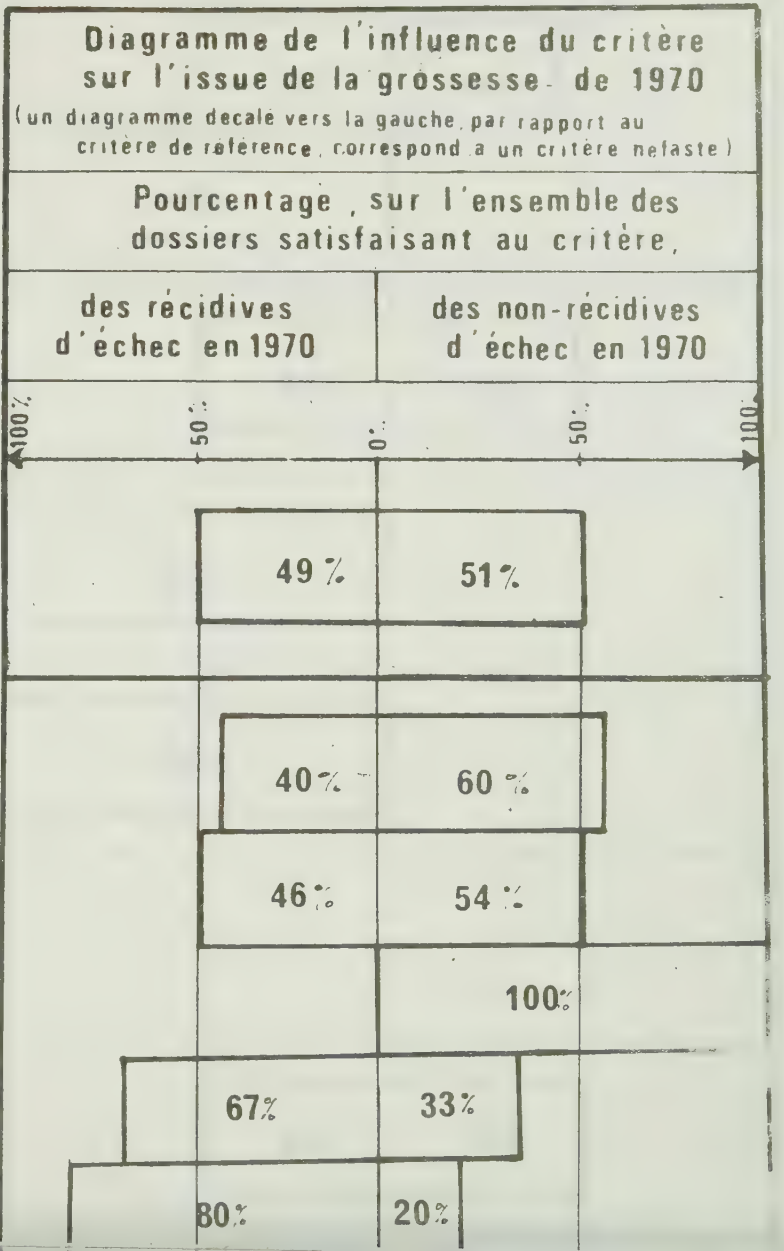


Tableau XII (fin).

Survie des prématurés antérieurs	TOUS VIVANTS	19	40 %	8	35 %	11	46 %
	UN DÉCÉDÉ	27	57 %	15	65 %	12	50 %
	PLUSIEURS DÉCÉDÉS	1	2 %	1	4 %	0	
Particularités des enfants antérieurs	ATTEINTES PSYCHO-MOTRICES	4	9 %	2	9 %	2	8 %
	ENFANTS HYPOTROPHIQUES	2	4 %	2	9 %	0	
	M.I.U.	2	4 %	2	9 %	0	
	MALFORMES	0					
	POIDS SUPERIEUR A 4 kg	2	4 %	1	4 %	1	4 %

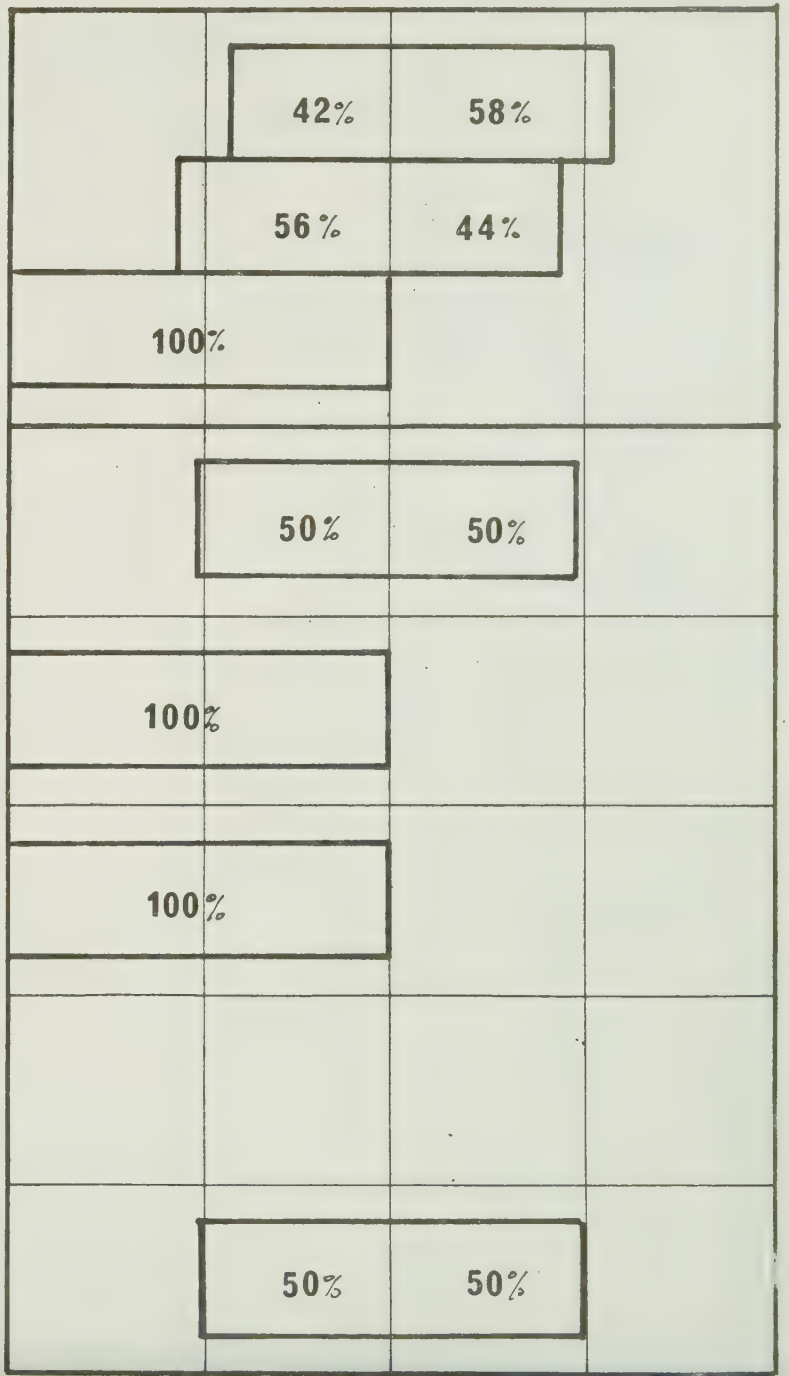


Tableau XIII

Les insuffisances cervico-isthmiques plus fréquentes chez les femmes présentant une contractilité utérine anormale : ceci est évident puisque nous avons considéré ce symptôme comme caractéristique des insuffisances cervico-isthmiques.

Beaucoup plus intéressant, par contre, est le fait que 84 % de métrorragies précoces (avant 28 semaines) se sont produits chez les femmes présentant une Insuffisance cervico-isthmique alors que ce groupe ne représente que 56 % des dossiers.

On observe que l'association des insuffisances cervico-isthmiques et des métrorragies très précoces (avant 14 semaines) est particulièrement défavorable.

Parmi les 6 échecs survenus chez des femmes présentant ce symptôme, 3 n'ont pas eu de cerclage, une 4eme, un cerclage tardif. On peut se demander si ce défaut ou retard de cerclage, n'est pas la conséquence d'une mauvaise interprétation de ces métrorragies mises sur le compte d'une anomalie ovulaire.

Aussi intéressante est l'observation que 75 % de chute de poids brutale précédant de peu l'accouchement correspondant à des insuffisances cervico-isthmiques

Tableau XIII

INSUFFISANCES CERVICO-ISTHMIQUES

Pronostic en fonction des symptomes anormaux observés pendant la grossesse de 1970

Critère		Tableau récapitulatif des cas où le critère considéré est satisfait.					
		Ensemble des 47 dossiers étudiés		répartition entre,			
				récidives d'échec (31 dossiers)		non-récidives (53 dossiers)	
		Nb.	Fréquence	Nb	Fréquence	Nb.	Fréquence
ISSUE DE LA GROSSESSE DE 1970 (critère de référence)		47		23		24	
Contractilité utérine	TOTAL	29	62%	16	70%	13	54%
	avant 28 semaines	14	30%	6	26%	8	33%
	apres 28 semaines	15	32%	10	43%	5	21%

Diagramme de l'influence du critère sur l'issue de la grossesse de 1970

(un diagramme decale vers la gauche par rapport au critère de reference correspond à un critère nefaste

Pourcentage, sur l'ensemble des dossiers satisfaisant au critère.

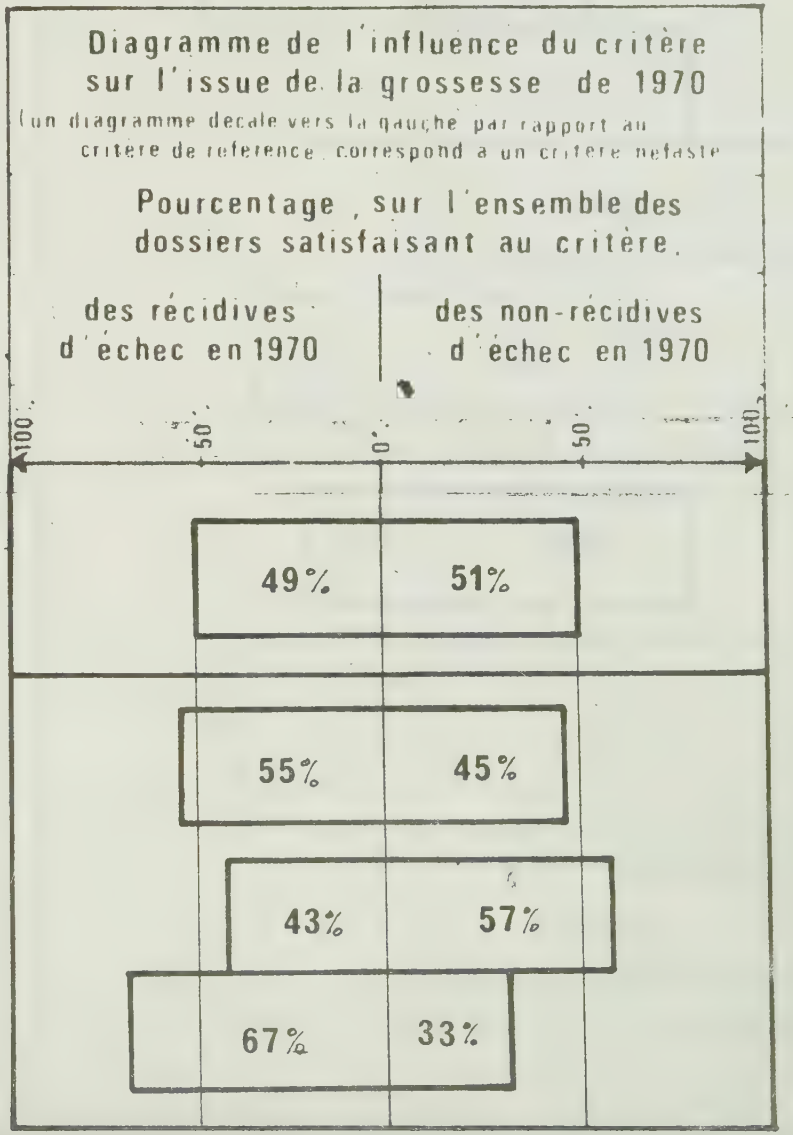


Tableau XIII (fin)

Métrorragie	Avant 14 semaines	10	21%	6	26%	4	17%
	Entre 14 et 28 semaines	6	13%	2	9%	4	17%
	Apres 28 semaines	1	2%	0		1	4%
	TOTAL	17	36%	8	35%	9	37%
FORTE PRISE DE POIDS		19	40%	6	26%	13	54%
CHUTE DE POIDS BRUTALE		4	9%	4	17%	0	
DYSGRAVIDIE		8	17%	0		8	33%

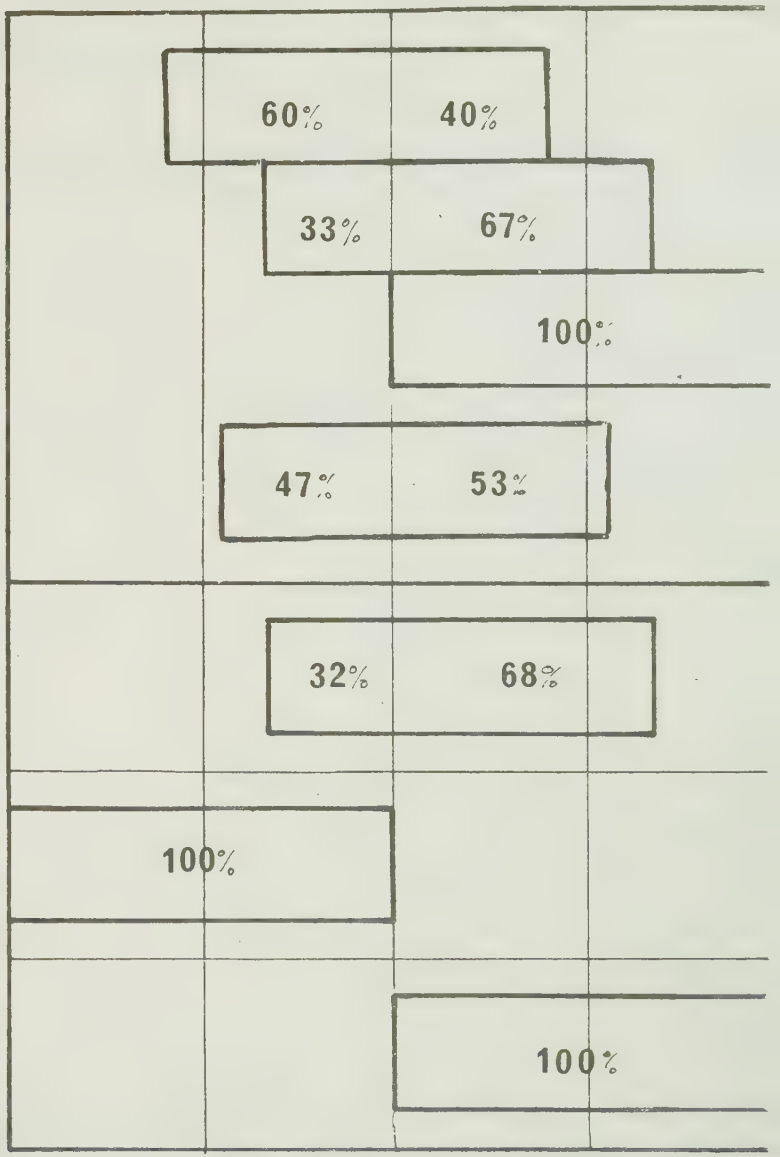


Tableau XIV

Tous les facteurs étudiés dans ce tableau sont très fréquents chez les femmes atteintes d'Insuffisance cervico-isthmique, puisque, à l'exception de 2 d'entre eux (développement de l'utérus et exocervicite) nous les avions considérés comme signes évocateurs d'insuffisance cervico-isthmique.

On retrouve donc sensiblement les mêmes résultats qu'en Tableau VI.

Tableau XIV

INSUFFISANCES CERVICO-ISTHMIQUES

Pronostic en fonction des anomalies cliniques observées pendant la grossesse de 1970

Critère		Tableau récapitulatif des cas où le critère considéré est satisfait					
		Ensemble des 47 dossiers étudiés		répartition entre			
				récidives d'échec 23 dossiers		non-récidives 24 dossiers	
		Nb	Fréquence	Nb	Fréquence	Nb	Fréquence
ISSUE DE LA GROSSESSE DE 1970 (critère de référence)		47		23		24	
Développement de l'utérus	H.U. faible	3	6%	1	4%	2	8%
	H.U. forte	1	2%	1	4%	0	

Diagramme de l'influence du critère sur l'issue de la grossesse de 1970

un diagramme décalé vers la gauche par rapport au critère de référence correspond à un terme néfaste

Pourcentage sur l'ensemble des dossiers satisfaisant au critère,

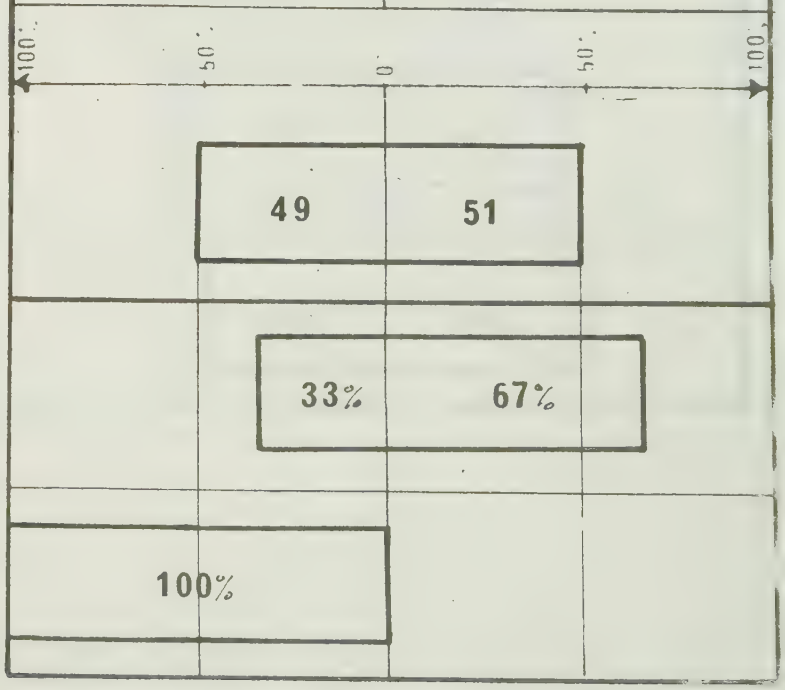


Tableau XIV (suite)

Examen du col	Raccourcissement						
	Avant 14 semaines	6	13%	4	17%	2	8%
	Entre 14 et 28 semaines	8	17%	4	17%	4	17%
	Apres 28 semaines	21	45%	13	57%	8	33%
	Col perméable à l'orifice interne	7	15%	4	17%	3	12%
	Incisure du col	4	9%	2	9%	2	8%
	Exocervicite	17	36%	7	30%	10	42%

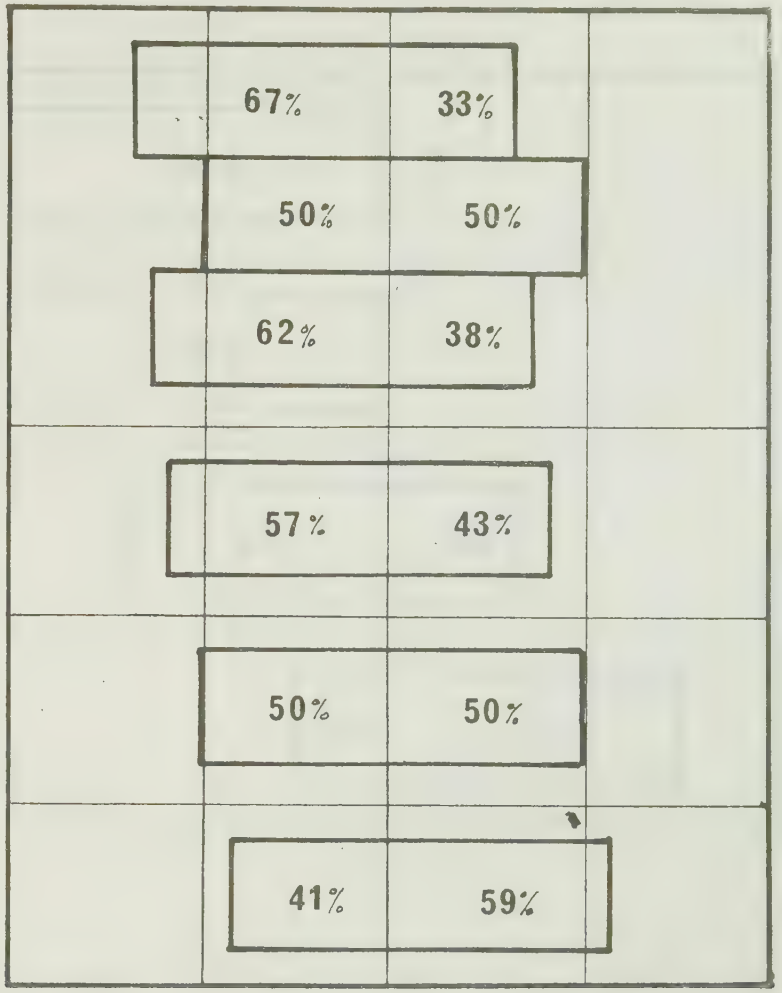


Tableau XIV (fin)

Morphologie utérine	UTÉRUS CORDIFORME	2	4%	2	9%	0	
	UTÉRUS CYLINDRIQUE	2	4%	2	9%	0	
	UTÉRUS PORTEUR DE MYOMES	3	6%	2	9%	1	4%
	UTÉRUS RÉTROVERSÉ	4	9%	1	4%	3	12%

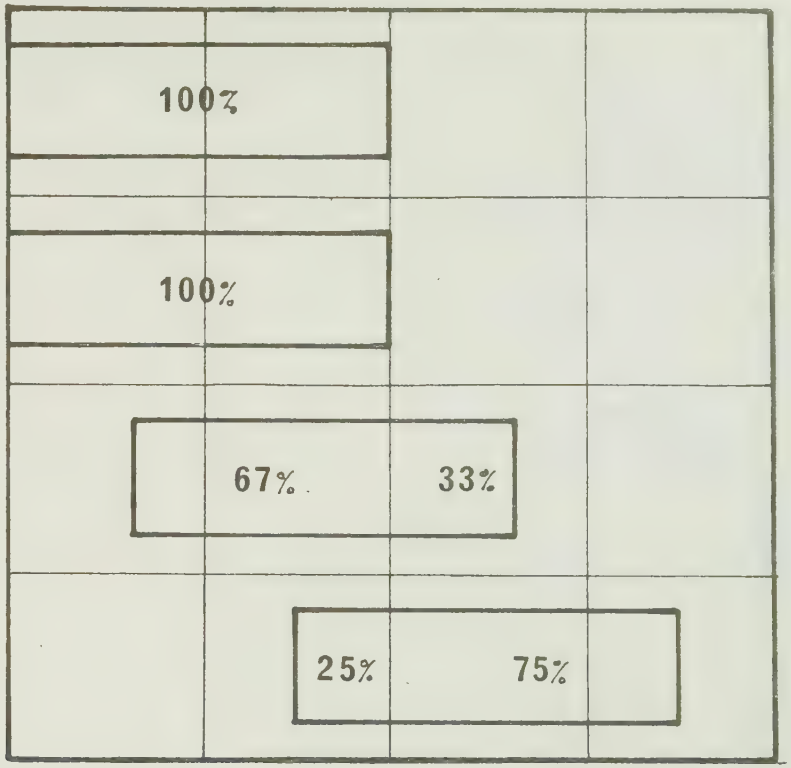


Tableau XV :

Les examens complémentaires ont essentiellement eu pour but de mettre en évidence des affections générales. Si celles-ci sont associées à une béance le pronostic est aggravé.

Toutefois, il est hasardeux de tirer des conclusions de ce tableau, car les effectifs de différentes catégories sont trop peu fournis.

Tableau XV

INSUFFISANCES CERVICO-ISTHMIQUES

Pronostic en fonction des anomalies décelées par les examens complémentaires

Dans les diagrammes, les nombres entre parenthèses et les parties grisées correspondent au pourcentage d'anomalies décelées, sur l'ensemble des examens complémentaires demandés

Critère		Tableau récapitulatif des cas où le critère considéré est satisfait. Ensemble des 47 dossiers étudiés — Nb.	Fréquence	répartition entre, récidives d'échec (23 dossiers) — Nb.	Fréquence	non-récidives (24 dossiers) — Nb.	Fréquence
ISSUE DE LA GROSSESSE DE 1970 (critère de référence)		47		23		24	
BILAN RÉNAL	demandé	10	21%	5	22%	5	21%
	anormal	2	4%	2	9%	0	
HYPERGLYCÉMIE PROVOQUÉE	demandée	2	4%	1	4%	1	4%
	anormale	0					

Diagramme de l'influence du critère sur l'issue de la grossesse de 1970

(un diagramme décalé vers la gauche, par rapport au critère de référence, correspond à un critère néfaste)

Pourcentage, sur l'ensemble des dossiers satisfaisant au critère,

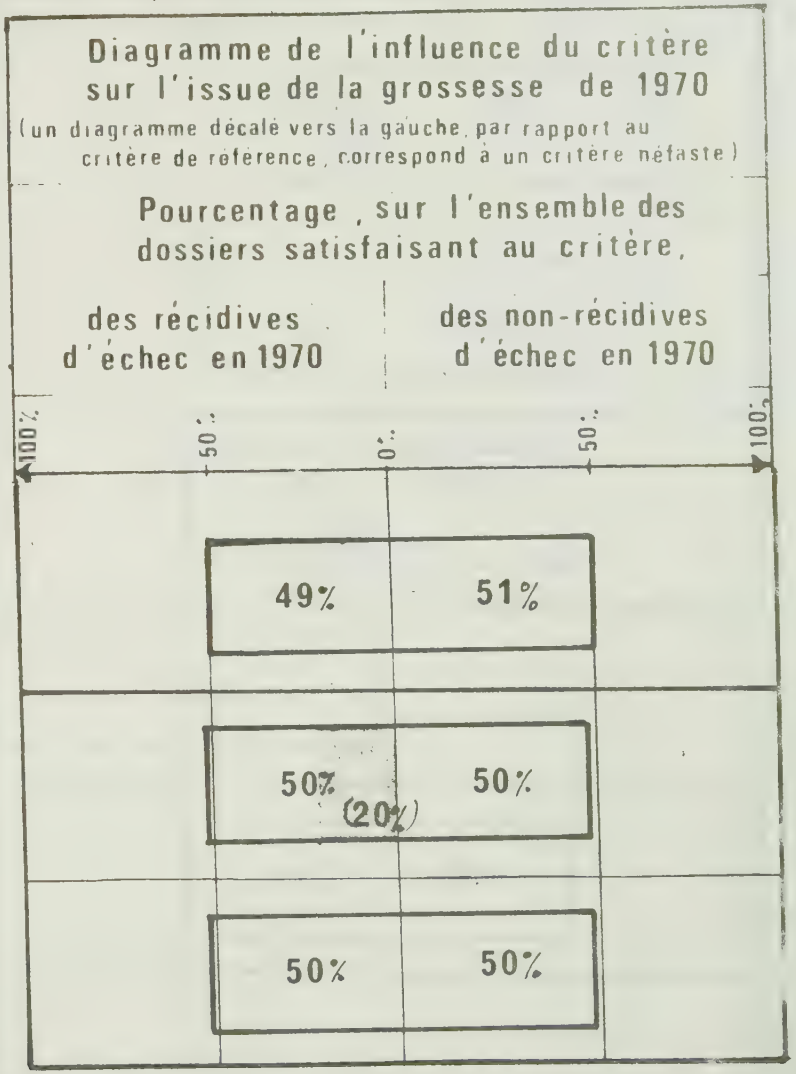


Tableau XV (fin)

Dosages hormonaux	AVANT 14 SEMAINES	demandés	13	28%	4	17%	9	37%
		anormaux	1	2%	0		1	4%
	ENTRE 14 et 28 SEMAINES	d	12	26%	3	13%	9	37%
		a	1	2%	1	4%	0	
	APRES 28 SEMAINES	d	9	19%	4	17%	5	21%
		a	0					
RECHERCHE d'ISO-IMMUNISation		d	8	17%	4	17%	4	17%
		a	3	6%	3	13%	0	
AMNIOCENTHÈSE		d	3	6%	3	13%	0	
		a	0					
AMNIOSCOPIE		d	6	13%	3	13%	3	12%
		a	0					
LOCALISATION PLACENTAIRE		d	0					
		a						

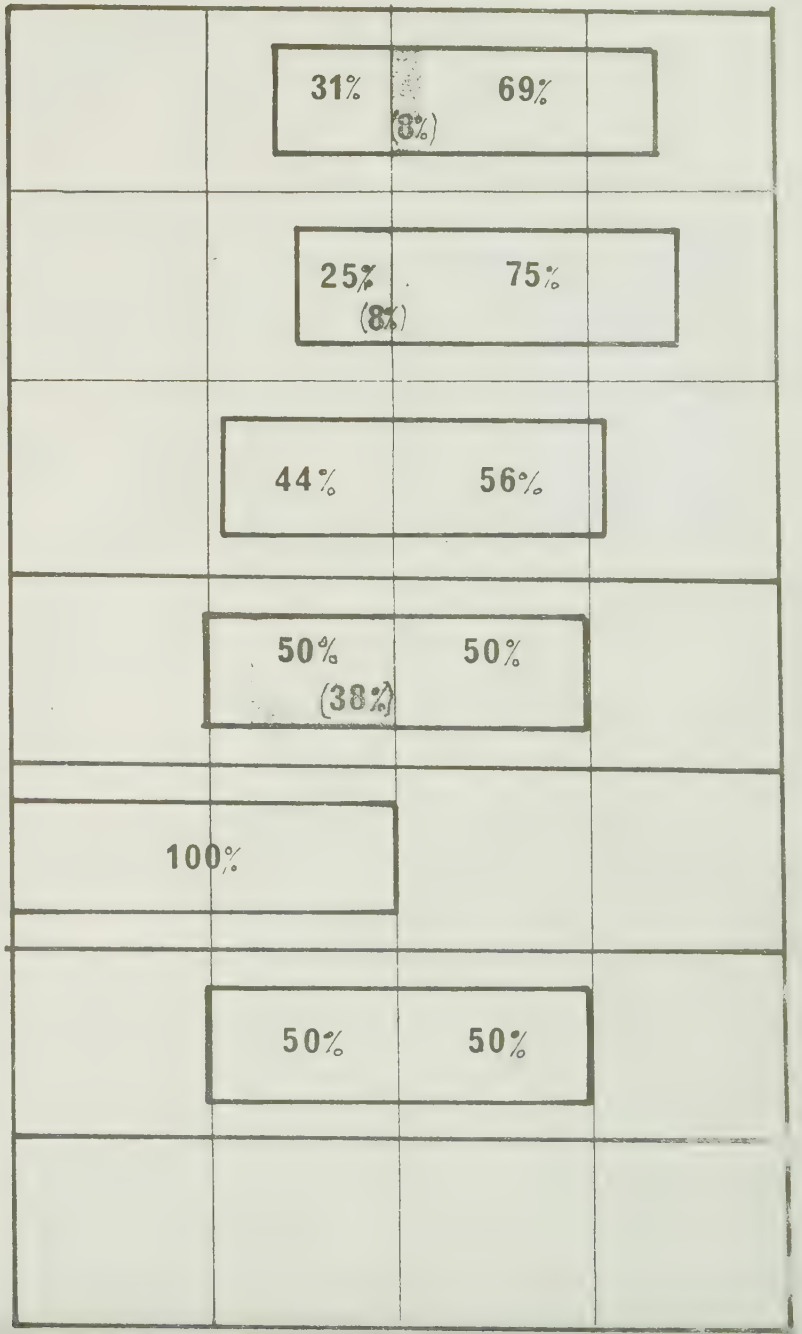


TABLEAU XV

La comparaison des traitements entre les 2 groupes est plus justifiée que précédemment puisqu'à des causes semblables on propose les mêmes thérapeutiques.

Ici encore, les antihypertenseurs prescrits témoignent des dysgravidies malignes qui associées à une béance l'aggravent considérablement.

Inversement, les diurétiques utilisés pour lutter contre une trop forte prise de poids accompagnée d'oedème sont sans effet sur l'issue de la grossesse.

Les hospitalisations, plus nombreuses, pendant le 3eme trimestre, évoquent la gravité des cas de récidive.

Par contre, le traitement spécifique des béances à savoir cerclage, traitement hormonal, antispasmodique et repos a été plutôt moins important dans le groupe de récidive, compte tenu des manifestations anormales plus fréquentes dans ce groupe; il semble que ce point est important à préciser.

Tableau XVI

INSUFFISANCES CERVICO-ISTHMIQUES

Influence des traitements

Tableau récapitulatif des cas où le critère considéré est satisfait.

Critère		Ensemble des 47 dossiers étudiés		répartition entre, récidives d'échec (23 dossiers)		non-récidives (24 dossiers)	
		Nb	Fréquence	Nb	Fréquence	Nb.	Fréquence
ISSUE DE LA GROSSESSE DE 1970 (critère de référence)		47		23		24	
Cerclage	Avant le 3e mois	7	15%	3	13%	4	17%
	Pendant le 3e mois	11	23%	6	26%	5	21%
	Apres le 3e mois	5	11%	2	9%	3	12%

Diagramme de l'influence du critère sur l'issue de la grossesse de 1970

(un diagramme decale vers la gauche par rapport au critere de reference correspond à un critere nefaste)

Pourcentage, sur l'ensemble des dossiers satisfaisant au critère,

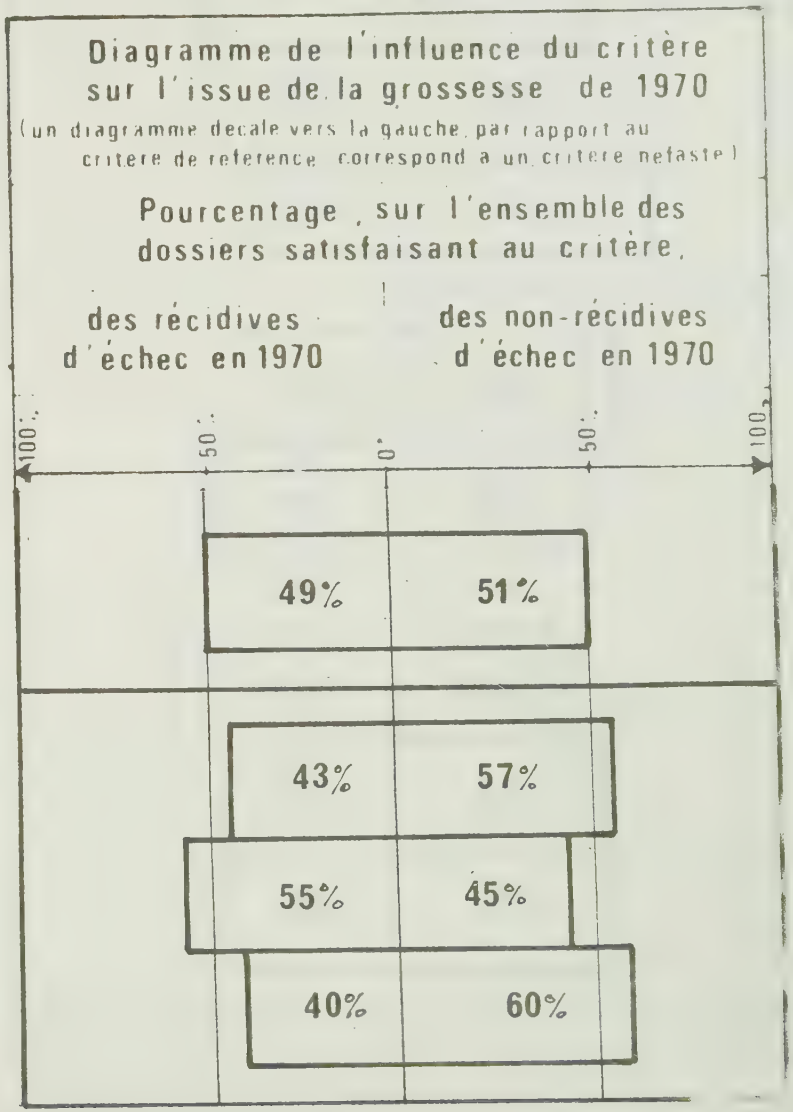


Tableau XVI (suite)

Traitement hormonal	Avant 14 semaines	8	17%	4	17%	4	17%
	Entre 14 et 28 semaines	12	26%	5	22%	7	29%
	Après 28 semaines	10	21%	3	13%	7	29%
Traitement anti-spasm.	Avant 28 semaines	20	43%	8	35%	12	50%
	Après 28 semaines	23	49%	11	48%	12	50%
Repos prescrit	Avant 14 semaines	7	15%	4	17%	3	12%
	Entre 14 et 28 semaines	22	47%	10	43%	12	50%
	Apres 28 semaines	30	64%	13	57%	17	71%

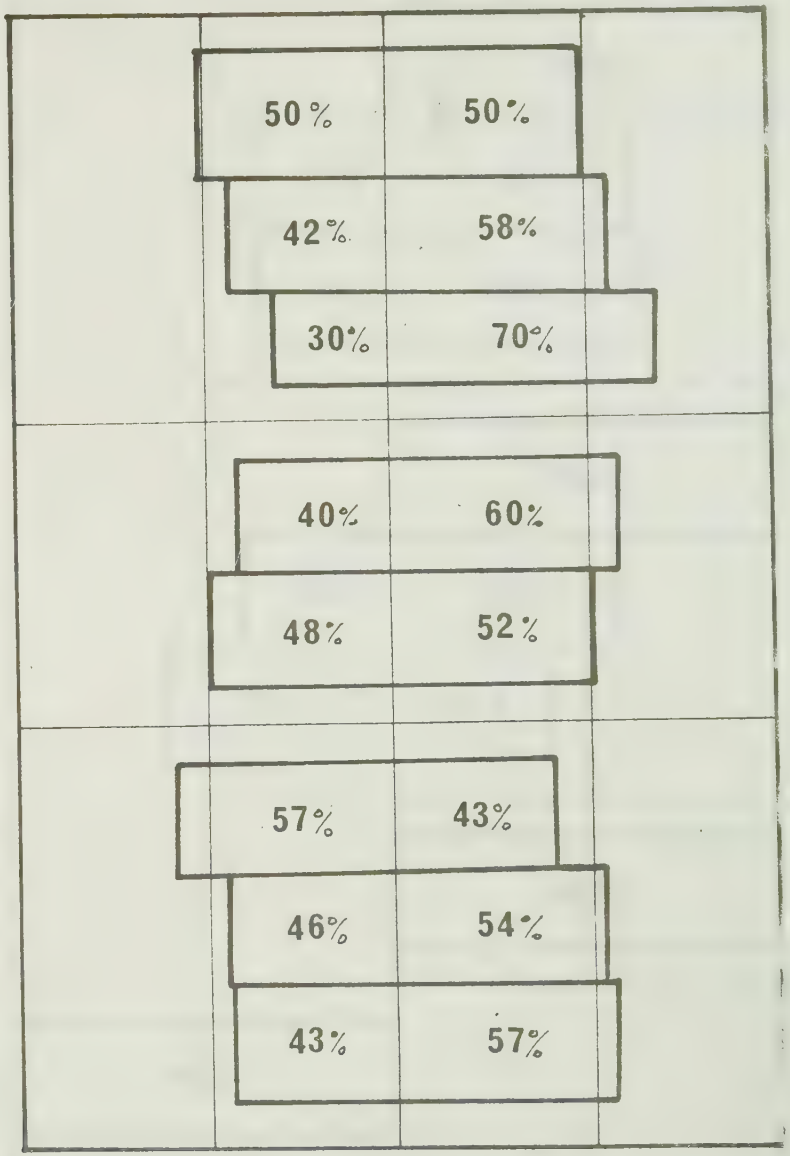


Tableau XVI (fin)

Régime hypo-sodé	Avant 14 semaines	2	4%	0		2	8%
	Entre 14 et 28 semaines	13	28%	5	22%	8	33%
	Après 28 semaines	11	23%	4	17%	7	29%
Hospitalisation	Avant 14 semaines	1	2%	0		1	4%
	Entre 14 et 28 semaines	5	11%	2	9%	3	12%
	Après 28 semaines	17	36%	10	43%	7	29%
DIURÉTIQUES		4	9%	0		4	17%
TRAITEMENT ANTI-H.T.A.		1	2%	1	4%	0	

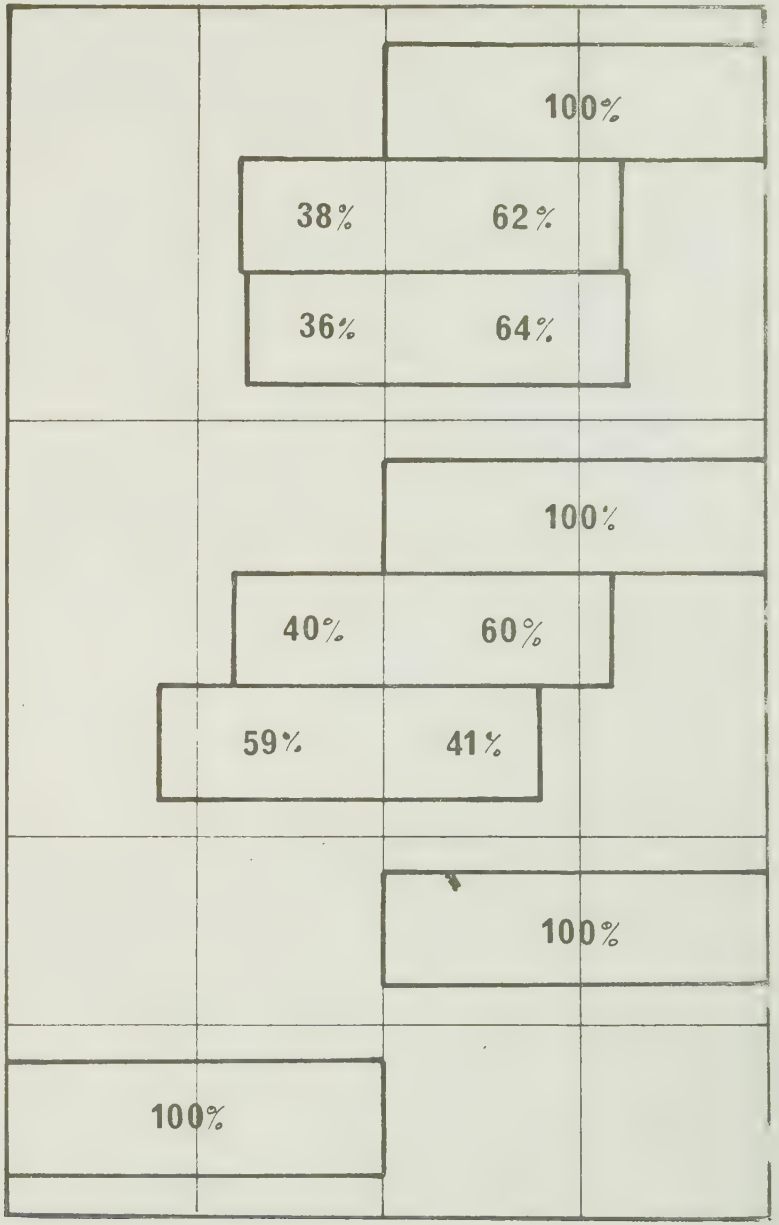


TABLEAU XVII

Globalement les Insuffisances cervico-isthmiques ont été mieux suivies que l'ensemble des dossiers tant en ce qui concerne la date de première consultation que le nombre de celles-ci (en moyenne 6,5 pour insuffisance cervico-isthmique contre 4,9 pour les autres dossiers).

Toutes les femmes qui sont venues pour la première fois après 28 semaines, ont accouché prématurément.

Il y a également 100 % d'échec lorsqu'il y a eu moins de 3 consultations à PORT-ROYAL.

En moyenne, les femmes atteintes d'insuffisance cervico-isthmique dans la prématurité en 1970, ont eu 5 consultations.

Celles ayant mené leur grossesse à terme, en ont eu 9.

TABLEAU XVII

Globalement les Insuffisances cervico-isthmiques ont été mieux suivies que l'ensemble des dossiers tant en ce qui concerne la date de première consultation que le nombre de celles-ci (en moyenne 6,5 pour insuffisance cervico-isthmique contre 4,9 pour les autres dossiers).

Toutes les femmes qui sont venues pour la première fois après 28 semaines, ont accouché prématurément.

Il y a également 100 % d'échec lorsqu'il y a eu moins de 3 consultations à PORT-ROYAL.

En moyenne, les femmes atteintes d'insuffisance cervico-isthmique dans la prématurité en 1970, ont eu 5 consultations.

Celles ayant mené leur grossesse à terme, en ont eu 9.

Tableau XVII

INSUFFISANCES CERVICO-ISTHMIQUES

Influence de la surveillance.

Critère		Tableau récapitulatif des cas où le critère considéré est satisfait. Ensemble des 47 dossiers étudiés — Nb	Fréquence	répartition entre, récidives d'échec (23 dossiers) — Nb	Fréquence	non-récidives (24 dossiers) — Nb.	Fréquence
ISSUE DE LA GROSSESSE DE 1970 (critère de référence)		47		23		24	
PREMIERE CONSULTATION A PORT-ROYAL	AVANT 14 SEMAINES	33	70%	12	52%	21	88%
	ENTRE 14 ET 28 SEMAINES	9	19%	6	26%	3	12%
	APRES 28 SEMAINES	4	9%	4	17%	0	

Diagramme de l'influence du critère sur l'issue de la grossesse de 1970

(un diagramme décalé vers la gauche, par rapport au critère de référence, correspond à un critère néfaste)

Pourcentage, sur l'ensemble des dossiers satisfaisant au critère,

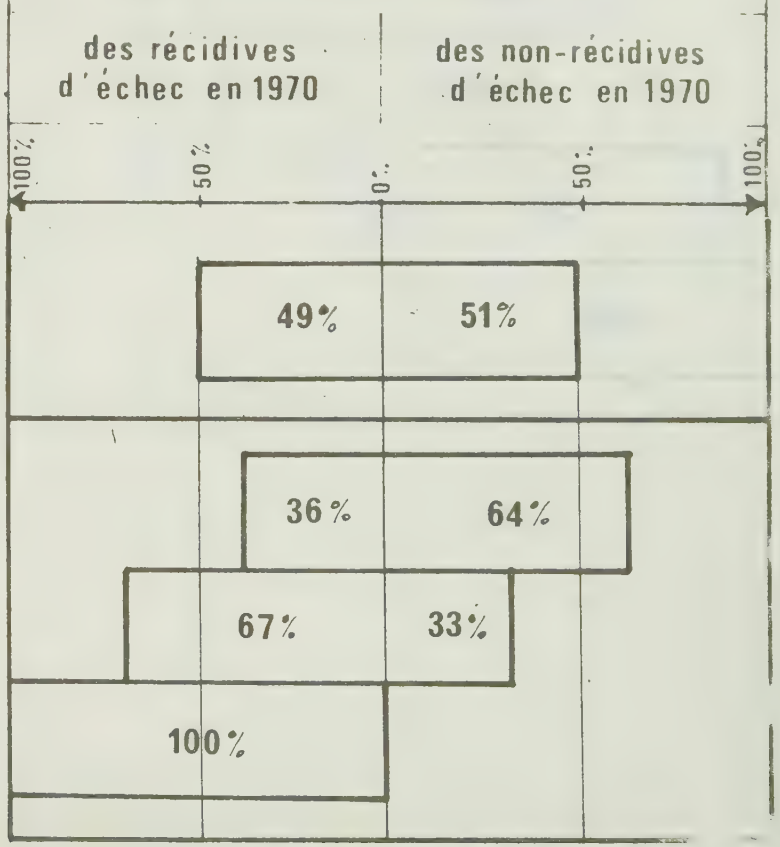
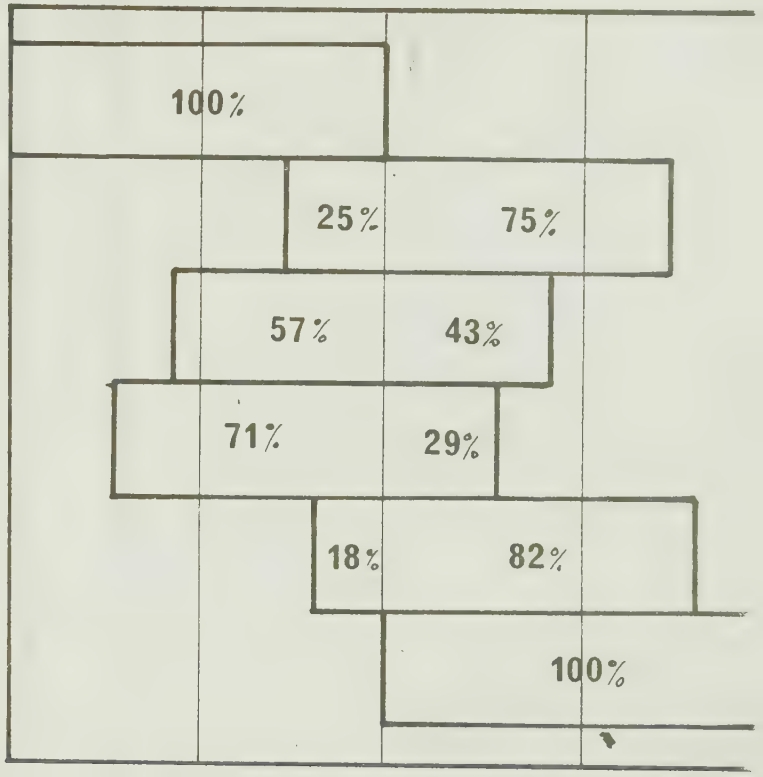


Tableau XVII (fin)

Nombre de consultations							
	De 0 à 2	7	15%	7	30%	0	
	3 ou 4	4	9%	1	4%	3	12%
	5 ou 6	14	30%	8	35%	6	25%
	7 ou 8	7	15%	5	22%	2	8%
	9 ou 10	11	23%	2	9%	9	37%
	11 ou plus	4	9%	0		4	17%



Outre les facteurs ou symptômes que nous avions considéré comme évocateurs d'insuffisance cervico-isthmique, on retrouve plus fréquemment dans le groupe des dossiers faisant l'objet de cette dernière partie

- les femmes de petite taille
- les femmes ayant subi des interventions utérines
- (myomectomie, Révision utérine, délivrance artificielle)
- avortements répétés, spontanés ou provoqués
- chute de poids brutale, précédent de peu l'accouchement
- métrorragies précoces.

Ce dernier point est particulièrement important car ce symptôme a pu faire dévier le diagnostic, retardant ou annulant un cerclage nécessaire.

Contrairementàce à quoi l'on pourrait s'attendre, un antécédent de césarienne ne semble pas induire une béance.

Par rapport à l'ensemble des dossiers, on note une aggravation du pronostic quand s'associe à l'insuffisance cervico-isthmique, des antécédents de Prématurités répétés, surtout si elles étaient précoces.

Par contre, les effets de l'appartenance sociale semblent s'atténuer chez les femmes atteintes d'insuffisance cervico-isthmique.

Le pronostic est moins mauvais pour des antécédents de métrorragies et paradoxalement pour des grossesses rapprochées.

Enfin, on note l'influence primordiale de la qualité de la surveillance.

C O N C L U S I O N

Cette étude avait pour but de caractériser les causes de la prématurité à répétition et de tenter d'en déduire les termes d'une meilleure prévention.

Pour cela, nous avons utilisé les renseignements figurant aux dossiers des 84 femmes ayant accouché à la Maternité de PORT-ROYAL en 1970 et qui présentaient un ou plusieurs antécédents de prématurité.

Les patientes n'ayant qu'un seul antécédent ont récidivé dans une proportion de 31 % , ce chiffre passant à 57 % pour celles qui avaient plusieurs antécédents. Globalement le pourcentage de récidive est de 37 %; tous ces chiffres sont légèrement supérieurs aux résultats antérieurement publiés, la différence pouvant s'expliquer par le fait que nous avons choisi le critère chronologique de Prématurité :

Le caractère pessimiste des chiffres cités plus haut est tempéré par deux autres résultats :

- les prématurités de 1970 sont moins graves que les précédentes (terme moyen de 33,5 semaines contre 32)
- le pronostic vital a été nettement amélioré : 81 % des enfants nés prématurés au 1970 ont survécu alors que ce chiffre n'était que de 46 % pour les prématurités antérieures.

Il n'en reste pas moins que la fréquence de récidive de Prématurité (37 %) reste élevée, comparée au taux global de prématurité relevé à la Maternité de PORT-ROYAL (10 %). Ceci nous a conduit à rechercher par une étude rétrospective, les facteurs aggravants et les causes susceptibles d'induire les récidives.

Notre étude nous a permis de retrouver l'influence défavorable des facteurs suivants : petite taille, grossesse illégitime, classe sociale défavorisée, prématurités répétées. Nous avons également noté les mauvais pronostics liés aux cycles irréguliers, à la présence d'incisure sur le col, à des antécédents d'intervention

utérine et d'avortements précoces et répétés.

Nous avons ensuite tenté de donner une explication des accidents antérieurs en nous référant aux causes connues de la prématurité à répétition. Nous les avons ensuite classé en :

- causes accidentelles (placenta praevia, gemellité, foetus malformé, toxémie gravidique etc..)
- causes permanentes
  - 1) dûe à une affection maternelle ayant un retentissement foetal (hypertension artérielle, insuffisance rénale, incompatibilité Rhésus)
  - 2) dûe à une anomalie locale utérine : béance cervico-isthmique, malformation utérine, dont la certitude diagnostique était variable (parfois un document prouvait l'existence d'une béance, plus souvent, seuls les antécédents l'évoquaient)

Cette recherche des accidents antérieurs s'est révélée être très instructive car ces diagnostics ont eu une excellente valeur prédictive pour l'issue de la grossesse en 1970.

En effet :
- les prématurités antérieures de cause accidentelle (25%) se sont très peu reproduitent (10 %, soit le taux normal de Prématurité à PORT-ROYAL)
- par contre lesprématurités dûes à une affection maternelle (5%), ont toutes récidivé; toutefois, étant donné le danger qu'elles constituaient pour le foetus, la prématurité a été bénéfique pour ces cas.
- Enfin, les causes locales utérines (56 % des dossiers) ont représenté la majorité des récidives (73 %)

  A ce propos, notre étude a révélé :
  - que presque toutes (93 %) étaient décelables au début de la grossesse.
  - que la récidive a été d'autant plus importante que le diagnostic n'a été qu'évoqué, que la 1ere consultation s'est faite tardivement à PORT-ROYAL.

Une analyse plus précise de ces dossiers a montré que tous les échecs étaient imputables soit à une carence thérapeutique, soit à une surveillance insuffisante et surtout trop tardive : on peut estimer que la moitié des échecs auraient pu être évités par une amélioration de la surveillance.
A l'origine d'une thérapeutique défectueuse, on trouve bien souvent un diagnostic errant dû à des métrorragies précoces faisant croire à une anomalie ovulaire, retardant ou annulant un cerclage nécessaire.

Tous ces éléments prouvent qu'une nouvelle grossesse chez une femme ayant un ou plusieurs antécédents de prématurité, présente un haut risque et que celui-ci peut être réduit de moitié, grâce à une surveillance précoce et en milieu spécialisé.

Vu, le Président de Thèse :

Professeur P. ROYER

Vu, le Doyen de la Faculté

Professeur H. JEROME

Vu et permis d'imprimer

Le recteur de l'Académie de Paris

R. MALET

B I B L I O G R A P H I E

- ABRAMOVICZ and KASS
"Pathogenis and progrosis of prématurity"
New England Journal of Medecine 1966 - 275 (I)

- ALISON F.
Importance medico sociale de la prématurité et organisation de son traitement"
Revue du praticien 1967 n° 17

- AYALA G.
A propos du cerclage du col"
Bulletin Fédéral de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique"
1966

- BARRY S. LEVY, FREDERICK, WILCKINSON, WILLIAM (BERKALEY)
" Reducing neonatal mortality rate with nurse niduries".
A.J.O.G. 1966.96 n° 6

- DELECOUR M.
"Accouchement prématuré spontané"
Encyclopédie médico chirurgicale.

- DONELLY
Etiology of Prematwity
Clini. Obst. Gynec. 1964, 7

- DUBOIS
Les accouchements prématurés à répétition consécutifs à une béance de l'isthme"
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. Sept 73

- GILLOT.
Etiologie et prophylaxie de la prématurité.
Revue du praticien 1967

- GRISWALD and CAVANNAGH
" The epidiémologie profile of the "high risk" mother
AJOG 1966 96 n°6

- LACOMME, PALMER, LE LORIER
A propos des avortements spontanés et accouchements prématurés habituels.
39 observations de béance.
Bull. Féd. Société Gyn et Obst. 1959

- MOHAMED Y. BACCHUS Bon. DAVID M. KIRGSTON
"Shirodkar Sutwe" :
Review of ten years experience"
AJOG. Sept. 70

- PAPIERNIK-BERKHAUER E.
"Prévention de la prématurité"
Progrès en Obstétrique, par Jacques Varangot 1970

- PETIT COLAS
"Quelques problèmes posés par les avortements et les accouchements prématurés à répétition dans les cas de béance cervico-isthmiques"
Revue médicale Normande Juin 1969

- RENAUD R. et COLL
Traitement de la menace d'accouchement prématuré par l'isoxuprine
Gyn.et Obst. 67 n° 5

- ROBERT A. ROSS.
Controversy in obstetrics and Gynecology 1969

- SAMUEL, SMITH and W. SCRAFF
Premature cervical dilatation and the Mac Donald cerclage
Obstetrics and Gynecology Avril 69

- SILIQUIRE :

Insuffisance cervico-segmentaire tardive ou maturation précoce du col.

Minerve Medica Oct. 64

- WATTEVILLE H., VOLET B, BEGUIN

Les facteurs medico sociaux de l'étiologie de l'accouchement prématuré.

Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. Juil. 63